Allgemeine Zeitschrift
für
Psychiatrie
und
psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München **von Krafft-Ebing** Wien **Pelman** Bonn **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Neunundfünfzigster Band.

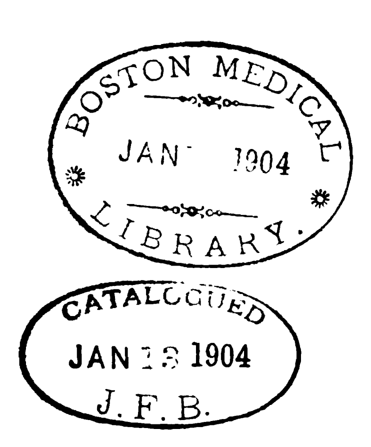
Mit einer Tafel.

Nebst einem Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1901 redigirt von

F. Schuchardt.



Berlin,
W. 35, Lützowstrasse 107/8.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1902.



Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Zweites und drittes Heft.

Originalien.

Kleinere Mittheilungen.

Viertes Heft.

Originalien.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.





Ueber Geisteskrankheiten im Heere.[1])

Von

Dr. **Ewald Stier,** Assistenzarzt,

komm. zur psychiatrischen Klinik der Universität Jena.

Es ist ein eigenartiges Unternehmen, wenn man Krankheitsbilder nicht nach den gewöhnlichen Principien ihrer klinischen Zusammengehörigkeit, nach ihrer anatomischen, physiologischen oder pathologischen Grundlage zusammenfassen will, sondern als einziges Theilungsprincip die Berufsstellung der Kranken im bürgerlichen oder gesellschaftlichen Leben annimmt. Im Allgemeinen wird ein solches Unternehmen nur dann eine genügende Berechtigung haben, wenn gewisse sichtbare und leicht nachweisbare gemeinsame Schädigungen, welche einen bestimmten Stand treffen, auch den untersuchten Krankheiten als ursächliche Momente zu Grunde liegen, wenn also an Stelle der vorwiegend symptomatologisch-klinischen eine ätiologische Zusammengehörigkeit vorliegt, wie beispielsweise bei den Krankheiten der Caisson- oder der Quecksilberarbeiter. Wenn nun die im Folgenden in Betracht gezogenen geistigen Erkrankungen beim Militär weder nach der einen, noch nach der anderen Seite hin eine geschlossene Einheit darstellen können, so verdienen dieselben dennoch sehr wohl eine eingehende Betrachtung, einmal von Seiten der Offiziere und Militärärzte aus rein practischen Rücksichten, dann aber auch, und das ist vor Allem Zweck dieses

---

[1]) Vorliegender Aufsatz war ursprünglich bestimmt, als Vortrag in der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen gehalten zu werden, ist jedoch wegen der beschränkten Zeit nicht gehalten worden.

Aufsatzes, bestehen so zahlreiche Verbindungen von hier aus zu allgemeinen psychiatrischen Fragen, dass einer zusammenfassenden Betrachtung der militärischen Psychosen auch im Kreise ausschliesslicher Fachpsychiater eine gewisse Berechtigung nicht abgesprochen werden kann.

Es gab eine Zeit, als die Psychosen in der Armee in den verschiedensten psychiatrischen Congressen ein ständiges Thema bildeten und diesbezügliche Vorträge überall fast zur Tagesordnung gehörten. Es war das die Zeit während und nach den grossen Kriegen. Männer wie *Nasse*, *Laehr*, *Jolly*, *Arndt*, *Koster*, *Ideler*, *Schwaab* und viele andere haben sich damals eingehend mit diesem Thema beschäftigt. Ein Theil der Genannten, *Koster*, *Schwaab* u. A. hatten dabei vor Allem das practische Ziel, das Wohl der erkrankten Soldaten im Auge, die grössere Mehrzahl dagegen, vor Allem *Jolly*, *Laehr* betrachteten die Frage aus rein wissenschaftlichem Interesse; denn sie erhofften gerade aus dem Studium der Kriegspsychosen eine Förderung unserer Kenntnisse über die Aetiologie der Psychosen im Allgemeinen. Bei den ausserordentlichen Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit und den gewaltigen seelischen Erschütterungen, denen alle Theilnehmer des Krieges ziemlich in gleicher Weise ausgesetzt waren, hoffte man weitgehende Aufschlüsse über die Bedeutung dieser Schädlichkeiten für die Entstehung geistiger Erkrankungen zu erfahren. Diese Hoffnung schlug fehl. Ebenso wie die früheren Untersuchungen von *Damerow* und später dem Franzosen *Lunier* über den Einfluss grosser politischer und kriegerischer Ereignisse auf die Entstehung von Psychosen zeigte auch das reiche Material, das nach dem deutsch-französischen Kriege in Deutschland gesammelt wurde, dass zwar ein Einfluss der Kriegsereignisse zweifellos vorhanden ist, dass derselbe jedoch weit hinter den Erwartungen zurückblieb und in keiner Weise für die Symptome und den Verlauf der Erkrankungen eindeutig ist. Ohne Zweifel hat diese aus dem Studium der Kriegspsychosen gezogene Erfahrung mit dazu beitgetragen, die hohe Meinung, die man früher von der pathogenetischen Bedeutung äusserer Schädlichkeiten hatte, herabzusetzen und die moderne Anschauung vorzubereiten, wonach der wesentlichste Faktor bei jeder Psychose die Individualität des erkrankten Menschen ist, und den früher als eigentliche Krankheitsursachen angesehenen Schädigungen nur die

Rolle der auslösenden oder eines ursächlichen Momentes verblieb. Auch die Hoffnung, durch weitere Beobachtung im Frieden ein einheitliches Krankheitsbild als Militärpsychose im engeren Sinne abzugrenzen, d. h. ein Krankheitsbild, welches als die Folge und der Ausdruck der beim Heere auf den Soldaten einwirkenden körperlichen und geistigen Schädigungen sei, schlug in gleicher Weise fehl. Wenn wir heute von Militärpsychosen als solchen sprechen, dann verstehen wir darunter ein klinisch einheitliches Krankheitsbild nur insofern, als naturgemäss die Altersstufe der activen Soldaten zusammen mit den specifischen Schädlichkeiten des Dienstes, gewisse auch sonst vorkommende Krankheiten häufiger erscheinen lassen als andere und vielleicht auch einigen Erkrankungen gewisse eigenartige Züge aufdrücken.

Bei jeder Betrachtung militärischer Psychosen überhaupt ist es ein unbedingtes, in den meisten früheren Arbeiten zu wenig gewürdigtes Erforderniss, scharf zu scheiden zwischen den Krankheiten der Berufssoldaten, der Unteroffiziere und Offiziere einerseits und denen der eigentlichen Mannschaften, der activen Soldaten andererseits. Ist dieser Unterschied schon allein durch das verschiedene Lebensalter der Genannten gerechtfertigt, so kommt als wesentlichstes Moment noch hinzu, die trotz mancher Aehnlichkeiten doch immerhin recht grosse Verschiedenheit der Lebensweise, welche der Soldat in der Kaserne und der Offizier ausserdienstlich auf Grund seiner gesellschaftlichen Stellung zu führen pflegt. Trotz dieser wichtigen, ausserdienstlichen Einflüsse dürften dennoch beim Berufssoldaten alle geistigen Erkrankungen eher noch ein Ausdruck der specifisch militärischen Einflüsse sein als beim jungen Soldaten. Denn für diesen giebt, wie die Erfahrung lehrt, bei weitem am häufigsten nicht das Soldat sein, sondern das Soldat werden den äusserlich sichtbaren Grund geistiger Erkrankung ab, d. i. die Summe aller bei der Trennung aus der Heimath und der gewohnten Arbeit und der Versetzung in die neuen Verhältnisse, in die strengen, oft rauhen Formen militärischer Disciplin, auf ihn einstürmenden Eindrücke.

Eine zusammenfassende Betrachtung der Psychosen des Offizierstandes wird nun wesentlich dadurch erschwert, dass die Mittheilungen darüber in der Literatur aus begreiflichen Gründen äusserst gering sind. Da in der deutschen Armee Rapporte über die Krankheiten der Offiziere dienstlich nicht erstattet werden, diese sonst so ergiebige

Quelle also versagt, so sind wir ausschliesslich angewiesen auf diesbezügliche Angaben aus fremden Heeren, ferner auf die Berichte über Erkrankungen während des Krieges 1870/71 und schliesslich auf die verstreuten Mittheilungen in Anstaltsberichten und vereinzelten wissenschaftlichen Arbeiten. Eine nicht unerhebliche Bereicherung dieses Materials dürfte es daher darstellen, dass mir aus der psychiatrischen Klinik in Jena über 70 und durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrath *Hitzig* in Halle aus der dortigen Klinik 14 Krankengeschichten geisteskranker Offiziere zur Verfügung stehen.

Erwägen wir, dass durch die Auslese, welche bei der Einstellung in die Armee getroffen wird, alle Kranken und die grösste Zahl der psychiatrisch Minderwerthigen, der durch erbliche Belastung constitutionell Schwachen ausgeschieden wird, eine weitere Zahl der Gefährdeten auch schon in den ersten zwei Jahren der Dienstzeit körperlich oder geistig versagt, das Offizierspatent daher nicht erlangt; dass also das Hauptcontingent der aus minderwerthiger Anlage im späteren Leben noch Erkrankenden für den Offiziersstand nicht in Anrechnung kommt, dann muss es in Anbetracht des durchschnittlichen Lebensalters der Offiziere als selbstverständlich erscheinen, dass die progressive Paralyse, welche wir mehr als andere Psychosen als eine erworbene Krankheit ansehen, einen hohen Procentsatz unter den Psychosen der Offiziere bilden muss. Diesen theorethischen Erwägungen entsprechen die thatsächlich gefundenen Ergebnisse vollkommen. So fand *Lübben* unter geisteskranken Offizieren der deutschen Armee 59 pCt., *Grilli* in der italienischen 55,5 pCt., *Defour* in der französischen 54 pCt. Paralytiker; im Kriege 1870/71 betrug die Zahl auf deutscher Seite 54,8 pCt. All diese, im Ganzen gleich hohen Zahlen, übertreffen nur sehr wenig den Procentsatz unter unsern 84 Psychosen; hier beträgt er fast genau 50 pCt.

Als über den Durchschnitt hinausreichend dürfte diese an sich sehr grosse Zahl aber erst dann angesehen werden, wenn man als Vergleich nicht einfach die Gesammtzahl der Aufnahmen einer Irrenanstalt heranzieht, sondern nur diejenigen geistes- (nicht nerven-) kranken Männer, welche dieselbe Auslese bestanden haben, wie alle Mitglieder des Offiziercorps, also kurz, alle diejenigen, welche als Soldat gedient haben und davon im späteren Leben psychisch

erkranken. Ohne dass jedoch ein Vergleich auf diese Grundlage je durchgeführt ist, gilt es als einfach feststehende Thatsache, dass die Paralyse im Offizierstand viel häufiger auftritt als in anderen Berufen. Diese Ansicht wird in fast allen bekannteren Lehrbüchern ausgesprochen. So sagt *Kraepelin* bei dem Kapitel Paralyse: „Unter den Berufsarten am zahlreichsten vertreten sind Offiziere, Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahnbeamte . . . .“ Ganz ähnlich drücken sich aus *Krafft-Ebing*, *Arndt*, ja schon *Calmeil* im Jahre 1826[1]).

Eine in der obenbezeichneten Weise an dem Krankenmaterial unserer Klinik aufgestellte Statistik ergab nun aber, dass bei 100 geisteskranken Männern der Jahre 1897—1899, bei denen in der Krankengeschichte die Erledigung der Militärdienstpflicht bemerkt war, 44mal Paralyse und 56mal andere Geisteskrankheiten vorlagen. Nicht mit eingeschlossen sind in die Zählung die grosse Zahl der Unfall- und andern Neurosen, wohl aber die Psychosen nach Unfall und alle Alkoholisten, deren Zahl allein 17 betrug. Da in der Ableistung einer ein- bis zweijährigen Dienstzeit wohl kaum jemand ein wichtiges ätiologisches Moment für die Entstehung einer Paralyse im späteren Mannesalter finden wird, so dürften diese 44 pCt. Paralytiker, welche die Auslese der Musterung und die Anstrengungen des Dienstes überstanden haben, dann aber den allerverschiedensten Civilberufen nachgegangen sind, einen wirklichen und allein vergleichbaren Gegensatz bilden zu den 50 pCt. paralytischer Offiziere, auf die nach derselben Auslese und der bei ihnen vorbereitenden Dienstzeit die eigenartigen Schädigungen des Soldatenberufes eingewirkt haben. Der nach allgemeinem Urtheil so grosse Unterschied würde also auf Grund unseres Materials auf 6 pCt. zusammenschrumpfen, welche in Anbetracht der jeder Statistik anhaftenden Ungenauigkeiten zum mindesten eine Bestätigung der allgemeinen Ansicht nicht ergiebt.

Diese Ansicht über die grosse Häufigkeit der Paralyse im Offizierstande wäre indessen nur von einer ganz untergeordneten Bedeutung und verdiente kaum ein längeres Verweilen, wenn sie nicht oftmals als Stütze herangezogen würde dafür, dass die den Offizier besonders treffenden Schädigungen in der Aetiologie der

---

[1]) Nur Doutrebente tritt in seiner Arbeit: Recherches sur la paralysie générale progressive, Paris 1870 dieser Ansicht entgegen.

Paralyse eine ganz besondere Rolle spielten, als da sind Lues, Trauma, unregelmässiges Leben, grosse Verantwortlichkeit, dauernde gemüthliche Erschütterungen. Da sich nun aus einem entsprechend gezogenen Vergleich ein procentuales Ueberwiegen der Paralyse unter den Psychosen des Offizierstandes kaum ergeben hat, so dürfte auch der Schluss auf die besondere Bedeutung der erwähnten Schädlichkeiten gerade für die Entstehung der Paralyse der nachweisbaren Unterlage entbehren.

Als eine weitere Frage würde jedoch zu betrachten sein, ob bei dem geringen relativen Ueberwiegen der Paralyse bei den Offizieren ihre absolute Zahl grösser ist als in andern Berufsarten, d. h. mit andern Worten, ob das Soldatenleben mehr wie andere Berufe zu Psychosen überhaupt disponirt. Zu einer Lösung dieser Frage müsste man als Vergleich viele zur Beobachtung kommenden Psychosen irgend eines anderen Standes, z. B. des ärztlichen oder des juristischen heranziehen. Da die gesundheitlichen Anforderungen bei dem Eintritt in einen Beruf nirgends so gross sind als beim Militär, so giebt es zweifellos in den andern Berufen eine grössere Zahl von Hause aus psychisch gefährdeter Leute als beim Militär, wenn auch zugegeben werden muss, dass bei einem Vergleich mit dem ärztlichen Stande die von jedem Arzt durchgemachte Zeit geistiger Anstrengungen in mannichfachen, z. B. alkoholistischen Schädigungen während der Studienjahre viele minderwerthige Elemente vor Erreichung der Approbation versagen lässt.

Ein Vergleich zwischen den Erkrankungen der Offiziere und der Aerzte auf Grund des Materials unserer Klinik während der letzten 10 Jahre nach beiden erwähnten Richtungen hin ergab nun, dass während dieser Zeit aufgenommen wurden 42 geisteskranke Offiziere und 45 geisteskranke Aerzte, von den ersteren litten 19, von den letzteren dagegen nur 13 an progressiver Paralyse. Dies anscheinend sehr grosse Ueberwiegen bei den ersteren erscheint jedoch in einem anderen Lichte, wenn wir in Betracht ziehen, dass allein 16 von den Aerzten an der eigentlichen Berufskrankheit ihres Standes, am Morphinismus litten, einer Krankheit, die unter den betreffenden Offizieren so gut wie gar nicht vertreten war. Ziehen wir diese letzteren in Abrechnung, dann beträgt der Procentsatz der Paralytiker bei den Aerzten 44,7 pCt. gegen 45,2 pCt. bei den Offizieren. Es würde also die Wahrscheinlichkeit paralytisch zu

erkranken, procentual berechnet, für beide Berufe völlig gleich sein, wenn wir die Morphinisten unter den ersteren ganz in Abrechnung bringen. Ziehen wir dieselben jedoch zur Hälfte oder völlig zur Berechnung mit heran, dann verschiebt sich das Verhältniss zu Ungunsten der Offiziere. Da nun weiterhin die absoluten Zahlen der Aufnahmen aus beiden Berufen in unserer Klinik ungefähr in demselben Verhältniss stehen, wie die Gesammtzahl aller Aerzte Deutschlands zu der der Offiziere — ca. 27 000 zu ca. 23 000 — und ein Grund, weshalb einer der Berufe gerade unsere Klinik besonders bevorzugen sollte kaum einzusehen ist, auch grössere Truppenanhäufung in Thüringen nicht besteht, so dürfte mit aller bei derartigen Statistiken nöthigen Umsicht doch gefolgert werden, dass die absolute Zahl der psychischen Erkrankungen für beide Berufe die gleiche ist, wenn man die morphinistischen Aerzte mitzählt; bei den Offizieren dagegen in ihrer Gesammtheit grösser ist, wenn man dieselben nicht in Anrechnung bringt.

Was nun im einzelnen die Schädigungen angeht, welche für die Entstehung der Paralyse verantwortlich gemacht werden, und deren gehäuftes Vorkommen bei Offizieren diese besonders zur Paralyse disponiren soll, so steht obenan die Lues. Wie weit die allgemeine Ansicht über die grosse Häufigkeit der Lues bei Offizieren begründet ist, lässt sich wohl kaum mit einiger Sicherheit beantworten. Als Factoren jedoch, welche zu einer Ueberschätzung dieser Erkrankungsziffer leicht veranlassen können, verdient unseres Erachtens beachtet zu werden, dass der Offizier als solcher sich schon äusserlich durch seine Uniform abhebt von den anderen Berufen, dem behandelnden Arzt also leichter in der Erinnerung bleibt als andere Kranke, dass ferner durch die weite Verbreitung richtiger Erkenntnisse über die Bedeutung der Lues wohl jeder daran erkrankende Offizier sich in ärztliche, vor allem specialistische Behandlung giebt, dass er aus demselben Grunde die Behandlung meist oft erneuert bezw. lange fortsetzt, und auf Grund der allgemein giltigen Standesanschauungen in allen Fällen eher bereit ist, die überstandene Krankheit einzugestehen als andere. Ob nach Abzug dieser Momente eine wesentlich erhöhte Krankheitsziffer wirklich noch festzustellen ist, das ist eine Frage, die statistisch gar nicht zu beantworten ist und ausschliesslich dem Gefühl, der Schätzung des practischen Arztes überlassen bleiben muss.

Hinsichtlich der ätiologischen Bedeutung, welche der Lues für die Paralyse zugesprochen wird, erscheint es als eine wohl zu beachtende Thatsache, dass unter den 33 mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten von paralytischen Offizieren in keinem Falle überstandene Lues auszuschliessen ist. Mit einer einzigen Ausnahme war in allen Fällen Lues entweder zugegeben oder objectiv durch die Untersuchung — z. B. Narben am Frenulum und Gaumen — höchst wahrscheinlich gemacht, und da der einzige Ausnahmefall, in dem Lues geleugnet und nicht objectiv erwiesen wurde, einen österreichischen Cavallerieoffizier betraf, der fast zwei Jahrzehnte lang in polnischen und galizischen Dörfern Pferde gemustert und für den Staat gekauft hatte, so kann man wohl diesem Fall keinerlei Bedeutung beimessen, und zwar um so weniger, da weitere Angaben über objectiv nachweisbare Lues in seiner Krankengeschichte fehlen und der Betreffende unverheirathet starb.

So fern es liegen mag, aus dieser geringen Zahl von Kranken weitgehende Schlüsse ziehen zu wollen, so verdient dieselbe doch zum mindesten festgelegt zu werden, da sie auffallend übereinstimmt mit den Ergebnissen von *Tschiriew* für die entsprechende Frage der Beziehungen zwischen Lues und Tabes bei Offizieren. *Tschiriew* untersuchte und behandelte in seinem Leben eine sehr grosse Anzahl tabeskranker Offiziere in Kijew und Petersburg und konnte in allen diesen Fällen überstandene Lues erweisen. So werthvoll und unentbehrlich nun zweifellos massenstatistische Untersuchungen für die Symptomatologie, ja auch für die Prognose und Therapie sein mögen, so gerechtfertigt sind andererseits die schweren Bedenken, welche man gegen sie hegen muss, wenn es sich um ätiologische Fragen handelt, besonders für Schädigungen, die weit zurückliegen und nur schwer anamnestisch zu erfahren sind. Hier sind die Ergebnisse eher ein Maass für die Güte der Anamnese als für die thatsächlichen Verhältnisse. Nimmt man hinzu, dass unter den heutigen allgemein üblichen Anschauungen fast jeder bemüht ist seine Lues zu verheimlichen, ja dass der Erkrankende selbst nicht einmal über seine Krankheit sich klar zu sein braucht, dann muss in Anbetracht des langen zeitlichen Zwischenraumes zwischen Lues und Paralyse und der frühzeitig eintretenden Gedächtnissschwäche des Paralytikers eine Massenstatistik über diese Frage fast werthlos erscheinen.

Als Ersatz dafür kann in allen Fällen nur eine sorgfältige Individualstatistik eintreten. Die noch unbewiesene, aber sicher von vielen Psychiatern gehegte persönliche Ueberzeugung, dass es eine Paralyse ohne Lues nicht giebt, dürfte unseres Erachtens nur dadurch endgiltig widerlegt werden, dass eine Reihe von Fällen, ja auch nur ein einziger Fall von Paralyse bekannt würde, in dem Lues mit absoluter Sicherheit auszuschliessen wäre. Da letzteres so gut wie unmöglich ist, so dürften als Ersatz dafür Fälle gelten, in denen dies mit der denkbar grössten Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Um solche Fälle zu beschaffen, kommen vor Allem zwei Berufsklassen in Frage, die Aerzte und die Offiziere. Bei beiden kommen die vorher genannten Factoren, das unwissentliche Erkranken und das absichtliche Leugnen der Lues am seltensten vor; der Offiziersberuf birgt gleichzeitig am meisten all die Schädigungen in sich, welche wir neben Lues für die Entstehung der Paralyse verantwortlich machen. Giebt es überhaupt Paralyse ohne Lues, dann können wir den oder die ersehnten Fälle am ehesten hier treffen. Und dieser Gesichtspunkt ist es, von dem aus die Thatsache, dass unsere paralytischen Offiziere und als Gegenstück die tabischen bei *Tschieriew* sämmtlich Lues durchgemacht haben, Erwähnung und allgemeine Bedeutung verdient.

Auch für den zweiten, in der Entstehung der Paralyse viel genannten Factor, die Bedeutung des Trauma, giebt unsre kleine Statistik das ganz interessante Ergebniss, dass nur 5 unserer Fälle, d. h. kaum 15 pCt. eine Kopfverletzung in der Vorgeschichte aufweisen. Vergegenwärtigen wir uns die grosse Häufigkeit solcher Kopfverletzungen, welche besonders bei berittenen Truppen fast unvermeidlich sind, und die lange Dienstzeit der Offiziere, dann ist es ersichtlich, dass ein grosser Procentsatz aller Offiziere einmal im Leben ein solches Trauma erlitten hat. Dass 15 pCt. unserer Fälle zu diesen gehört, dürfte kaum als über den Durchschnitt hinausreichend anzusehen sein, und zwar um so weniger, als das eigene berechtigte Interesse der Dienstbeschädigung, das allen Menschen inne wohnende Causalitätsbedürfniss und schliesslich das Bemühen eine andere Ursache als die Lues annehmen zu können, dazu führen werden, jedes einmal erlittene Trauma als ätiologisch bedeutungsvoll anzuführen. Es ist daher nicht einmal mit einiger Sicherheit anzunehmen, dass zwischen der angegebenen Verletzung

und der Erkrankung des Gehirns überhaupt ein ursachlicher Zusammenhang, selbst in den erwähnten 5 Fällen bestanden hat. Unser Ergebniss weicht also wesentlich ab von der noch vielfach giltigen Ansicht, welche für die angeblich so grosse Häufigkeit der Paralyse bei Offizieren die grosse Häufigkeit von Kopfverletzungen mit verantwortlich machen will.

Nicht viel anders ist das Resultat unserer Untersuchungen hinsichtlich des Alkohols, der als dritter im Bunde der die Paralyse verbreitenden Schädlinge gilt. So wenig bestritten werden kann, dass das körperlich anstrengende und unregelmässige Leben, die Eigenart der gesellschaftlichen Formen, das exclusive und meist eintönige Leben in kleinen Garnisonen den Offizierstand mehr als andere Berufe gefährdet, dem Alkoholismus zu verfallen — handelt es sich doch in 13 unserer 84 Fälle um Alkoholismus —, so bemerkenswert ist es andererseits, dass von unsern Paralytikern nur zwei regelmässig grössere Alkoholmengen genossen haben sollen, abgesehen natürlich von den Fällen, in denen Alkoholmissbrauch dicht vor dem Ausbruch florider Erscheinungen als Initialsymptom also der Paralyse aufgetreten ist.

Im Gegensatz zu der geringen Bedeutung, die wir in unsern Fällen auf Grund dieser Thatsachen den messbaren erworbenen Schädigungen für die Entstehung der Krankheit beilegen können, steht der grosse Einfluss, den die erbliche Belastung auszuüben scheint. Nicht weniger als 18, also 54,5 pCt. unserer Kranken, lässt eine nachweisbare erbliche Belastung erkennen, und zwar 15 eine schwere und nur 3 eine leichtere Belastung, wenn wir mit schwerer Belastung das Vorkommen von Geisteskrankheiten oder ernsterer psychopathischer Zustände bei einem der Eltern oder zwei nahen Verwandten, mit leichter die eines Angehörigen bezeichnen. Auch hier dünkt uns aus denselben Gründen wie bei der Lues das Ergebniss trotz der geringen Gesammtzahl erwähnenswerth, weil in keinem Stand so sehr wie im Offiziersstand — mit Ausnahme höchstens des Volksstammes der Juden — das Studium der Genealogie gepflegt wird, das Ergehen auch der weiteren Verwandten daher genau bekannt ist und auf Grund des tieferen Verständnisses und der grösseren Bildung eher als sonst eine richtige Beobachtung und Würdigung psychopathischer Zustände zu finden ist. Ebenso wie für die Paralyse dürfte auch für alle andern Geistes- und Nerven-

krankheiten die Frage der erblichen Belastung daher im Offizierstande am besten zu studiren sein. Die alten Adelsfamilien, aus denen der Offizierstand zum grossen Theil sich ergänzt, stellen ja auch wohl vorwiegend durch den leider hier weit verbreiteten Incest ein grosses Contingent zu den erblich degenerativen Psychosen.

Dass von den zahlreichen Fällen von Alkoholismus bei unserer Statistik die weitaus meisten auch schwer erblich belastet sind, verdient wohl kaum weitergehendes Interesse, da es genau den allgemein anerkannten Ansichten entspricht, wonach entweder der abnorm erhöhte, durch nichts zu hemmende Trieb zum Alkohol einen Ausdruck erblich bedingter Minderwerthigkeit darstellt, oder eine alkoholistische Degeneration durch eine angeborene nervöse Widerstandslosigkeit schon bei dem Genuss von Alkoholmengen entsteht, welche das gesunde rüstige Gehirn ohne nachweisbaren Schaden erträgt.

Die etwa 40 übrigen Psychosen unserer Offiziere gehören naturgemäss zum grössten Theil in die grosse Gruppe der Paranoia bez. der acuten hallucinatorischen Erregungen und stellen ebenso wie der kleine Rest, der sich auf die verschiedensten klinischen Krankheitsbilder verteilt, weder ätiologisch noch symptomatologisch für den Offizierstand charakteristische Erscheinungen dar.

Im Ganzen betrachtet dürfte also unser kleines Material an Psychosen des einen Offizierstandes doch vielleicht dazu beitragen, die allgemein herrschende Ansicht von der abnorm grossen Häufigkeit der Paralyse im Offizierstande als eine zum mindesten noch nicht erwiesene Annahme erkennen zu lassen, und fernerhin die unbewiesene allgemein psychiatrisch so wichtige Annahme, dass es eine Paralyse ohne Lues nicht giebt, stützen zu helfen. Was die weitere Frage angeht, welche Luetiker zur Erkrankung an Paralyse besonders disponirt sind, so erscheint uns dabei die ätiologische Bedeutung des Trauma und des Alkoholismus überschätzt, die der erblichen Belastung unterschätzt zu werden. Wie weit neben diesen Momenten die functionelle Ueberanstrengung des Nervensystems, das stete Gefühl grosser Verantwortung, die ausserordentlich zahlreichen kleineren und grösseren gemüthlichen Erschütterungen im Offizierberuf zu einer vielleicht doch vorhandenen etwas grösseren Zahl der Erkrankungen an Paralyse als Erklärung heranzuziehen sind, ist statistisch und überhaupt objectiv nicht festzustellen.

Misst man diesem Punkt jedoch mit *Kraepelin, Pilcz* und anderen eine grössere Bedeutung bei, dann würden die erbliche Belastung und diese gemüthlichen Erschütterungen als die Hauptursache anzusehen sein, welche bei luetisch Inficirten die Paralyse, bei den nicht luetisch Inficirten andere Psychosen bedingen, und das Zusammentreffen dieser beiden bez. drei Factoren, das im Offizierstand häufiger als in andern Berufen stattfindet, der vornehmlichste Grund sein für die vergleichsweise grosse Zahl psychische Erkrankungen im Offizierstande. Unterstützt wird die Ansicht der grossen ätiologischen Bedeutung gerade der gemüthlichen Ueberanstrengungen und Erschütterungen durch die Erfahrungen von *Darricarrère*[1]), welcher in der französischen Armee Paralyse besonders häufig bei den Offizieren fand, welche durch rastloses Streben vom Unteroffizier zum Offizier sich emporgearbeitet hatten, einem Material, für das wir in Deutschland einen Vergleich nicht haben. Dass das Durchschnittsalter der paralytischen Offizire beim Eintritt in unsere Klinik 39,6 Jahre betrug, also volle 4 Jahre weniger als das Durchschnittsalter der Paralytiker in der grossen Statistik von *Moeli*, sei nur erwähnt, da es merkwürdig genau übereinstimmt mit unseren allgemeinen Betrachtungen über die erhöhte psychische Abnutzung der Offiziere und zugleich zu der Thatsache passt, dass im Kriege 1870 das Durchschnittsalter der an Paralyse erkrankenden Offiziere gar nur 34 Jahre betrug.

Wenden wir uns von den Geisteskrankheiten der Berufssoldaten zu denen der eigentlichen activen Soldaten, so können wir ätiologisch für diese, wie schon erwähnt, meist weniger die Dauerwirkung specifischer Schädlichkeiten des Soldatenstandes verantwortlich machen, als den grossen Eindruck, den der Eintritt in das Heer auf das Seelenleben des Rekruten ausübt. Der plötzliche Uebergang in die gänzlich neuen Verhältnisse zusammen mit den hohen körperlichen und geistigen Anforderungen, die an den jungen Soldaten gestellt werden, sind für die psychisch weniger widerstandsfähigen Leute eine Klippe, an der mancher scheitert. Weitaus die grösste Zahl aller Psychosen entsteht daher im ersten Halbjahr des Dienstes, wenn auch für einen Theil dieser Erkrankungen der militärische Dienst deshalb kaum als erklärende

---

[1]) La paralysie générale dans l'armée. Paris 1890.

Ursache herangezogen wergen kann, weil schon beim Eintritt in das Heer undeutliche oder auch deutlichere Zeichen einer geistigen Krankheit vorhanden waren.

Von allgemein psychiatrischem Interesse sind diese Fälle vor allem rein symptomatologisch-klinisch durch das grosse Material, das sie für die durch *Kraepelin* zur brennenden Tagesfrage erhobene Dementia praecox mit ihren Unterarten liefern. Sehen wir von den hysterischen, epileptischen und primär schwachsinnigen Soldaten ab, dann kann es kaum einem Zweifel unterliegen, dass die grosse Menge der eigentlichen Soldatenpsychosen unter Symptomen verläuft, welche zum mindesten in keine klinische Gruppe so scharf hineinpassen als in die *Kraepelin*'sche Dementia praecox. Den besten Beweis dafür liefert die Zahl der Militärpsychosen aus der Bezirksirrenanstalt in Saargemünd, welche von *Simon* so sorgfältig und mit feinem Verständniss beobachtet und beschrieben sind. Die gleiche Erfahrung habe ich persönlich bei den etwa 200 geisteskranken Soldaten gemacht, welche ich, wenn auch nur flüchtig, in Deutschland und Oesterreich zu sehen Gelegenheit hatte. Bei der grossen Bedeutung dieser klinischen Frage dürfte also auch das Krankenmaterial der Armee zum Studium willkommen sein.

Sehr reich ist ferner schon jetzt das Material an männlicher Hysterie, über das aus den einzelnen Heeren berichtet ist. Eine grössere Zahl gut beobachteter Fälle finden wir z. B. bei *Düms*[1]) für die deutsche, *Duponchel*[2]) für die französische, *Sgobbo*[3]) für die italienische, *Ozeroskowsky*[4]) für die russische und nicht zum wenigsten bei *Kunert*[5]) für die niederländisch-indische Armee.

Von Interesse dürften weiterhin die psychischen Störungen sein, welche nach Schädigungen auftreten, die ausschliesslich oder vorwiegend den Soldaten treffen. Es würden dies in erster Linie die nervösen und psychischen Veränderungen nach Hitzschlag sein, welche bisher noch wenig studirt sind und vielleicht für die Frage

---

[1]) Ueber Hysterie in der Armee. 1899.

[2]) L'hystérie dans l'armée. Revue de méd. 1886.

[3]) L'isterismo nell' uomo e l'isterismo nell' esercito. Giorn. med. del Regio esercito 1887.

[4]) Hysterie bei Soldaten. Woj. san. 1889.

[5]) Eenige gevallen van traumatische Neurose. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.-Indië 1897.

der physikalischen Ursachen geistiger Krankheiten zum mindesten das nötige Material liefern könnten. Auch die eigentlichen **traumatischen Psychosen** sind doch immerhin nicht so häufig, dass nicht das verhältnissmässig grosse Material, das das Heer dazu stellen könnte, Berücksichtigung verdiente. Unter den Psychosen des Krieges 1870/71 ist die Zahl dieser letzteren besonders gross, da nicht weniger als in 13 der 100 genauer wiedergegebenen Krankengeschichten ein Kopftrauma als unmittelbare Ursache der Erkrankung angesehen wurde. Das Material über postinfectiöse Psychosen nach Typhus, Ruhr u. A., das im letzten Kriege noch recht bedeutend war, wird hoffentlich, Dank der umfangreicheren vorbeugenden Massnahmen weder im Frieden, noch im Kriege von der Armee in nennenswerther Weise vermehrt werden können.

Weitere Beiträge zur allgemeinen Psychiatrie, welche zwar mehr untergeordneter, aber doch immerhin wichtiger Natur sind, dürften auf dem Gebiete der **Statistik** zu erwarten sein. Denn für manche Fragen über die Häufigkeit gewisser Krankheiten, gewisser Symptome oder Anomalieen sind die statistischen Untersuchungen bei der Musterung sowohl wie der Untersuchung der activen Truppen die beste oder gar die einzige Grundlage. Ich erinnere nur an die Statistik über die Häufigkeit der Epilepsie, deren ungeheure Verbreitung erst durch die militärische Statistik richtig gewürdigt, bez. zahlengemäss festgelegt worden ist; ich erinnere ferner an die neuerdings angestellten allerdings mehr neurologisch wichtigen Untersuchungen von *Steinhausen* über den Humeralreflex und andere über die Häufigkeit bestimmter leichter anatomischer Anomalieen, deren Bedeutung als Degenerationszeichen noch strittige Fragen sind. Auch für die Bedeutung gewisser functioneller Abweichungen vor allem der **Enuresis nocturna**, kann nur das Militär durch Sammlung des Materials Aufschluss geben. In allen diesen Fällen ist die Deutung der ätiologischen oder symptomatologischen Factoren verhältnissmässig leichter als sonst möglich, weil bei der vielseitigen und ständigen Ueberwachung und Beobachtung des Einzelnen alle in Betracht kommenden Factoren leichter zu erfahren bez. auszuschliessen sind als im übrigen Leben.

Ein weiterer Vortheil, den die militärischen Verhältnisse für die Beobachtung von Psychosen im Allgemeinen bietet, besteht darin, dass bei allen Erkrankungen gerade die Anfangssymptome

besser zur Untersuchung zur Verfügung stehen als gewöhnlich in den Irrenanstalten, in die eine Einlieferung in der Regel erst dann erfolgt, wenn durch ausgebildete Psychosen Gefahren für den Kranken oder seine Umgebung bestehen, während für die ersten Vorläufer und die Frühsymptome nur meist sehr dürftige Mittheilungen schlecht beobachtender Angehöriger zu erlangen sind.

Wenn bisher greifbare wissenschaftliche Resultate für die Psychiatrie aus der Armee nur erst in geringem Masse zu verzeichnen sind, so liegt das einmal daran, dass die Zahl psychiatrisch ausgebildeter Militärärzte noch sehr klein ist, und zweitens, dass bis jetzt eine Vereinigung aller sporadisch vorkommenden Psychosen in diesbezüglichen Abtheilungen grösserer Lazarethe noch nicht erfolgt ist. Da aber nach beiden Richtungen hin schon Fortschritte vorhanden bez. bald zu erwarten sind, dürfte das Weitere nur eine Frage der Zeit sein.

Rechtfertigen die bisherigen Ausführungon u. E. eine Betrachtung der militärischen Psychosen auch für den Kreis der Fachärzte, so liegt selbstverständtich der Schwerpunkt aller derartiger Untersuchungen auf Seiten der Armee. Das Heer hat das allergrösste Interesse daran, nur einen psychisch völlig intacten Rekrutenersatz zu bekommen und alle während der Dienstzeit Erkrankenden so schnell als möglich als krank zu erkennen und aus der Front zu entfernen. Hat bei den rein körperlichen Erkrankungen die Armee ein Interesse an der Behandlung und dem Verlauf der einzelnen Krankheiten nur insofern, als sie die moralische Verpflichtung hat für die Söhne des Volkes zu sorgen und ihre Gesundheit zu erhalten, die Leistungsfähigkeit der gesammten Armee jedoch nur dann beeinträchtigt werden kann, wenn es sich um Massenerkrankungen, also vorwiegend Epidemien handelt, so beanspruchen die psychisch Kranken ein erhöhtes Interesse schon deshalb, weil fast jeder einzelne Fall von Einfluss auf die Allgemeinheit ist. Die Armee muss von allen ihren Mitgliedern unbedingte Subordination und strengste Manneszucht verlangen, kann daher nur psychisch völlig intacte Leute gebrauchen. Jede, auch die kleinste Abnormität stört den militärischen Dienstbetrieb, führt fast stets zu Handlungen, welche die Disciplin stören und kann durch ihr böses Beispiel leicht einen schwerwiegenden verderblichen Einfluss ausüben. Es trifft dies besonders zu für alle Formen des

Schwachsinns, den rein intellectuellen sowohl wie noch mehr den vorwiegend moralischen, den angeborenen sowohl wie den erworbenen[1]). Alle diese Schwachsinnigen sind meist nicht im Stande die Forderungen des militärischen Dienstes zu erfüllen, in die Zucht und Ordnung des Heeres sich zu fügen. Widersetzlichkeit in Wort und That, Beleidigungen, Misshandlungen sind die Reaction dieser psychisch Defecten auf unverstandene, mit ihren Fähigkeiten nicht im Einklang stehende Forderungen des Dienstes. Die Unverbesserlichkeit dieser Leute, die sich wiederholenden Vergehen bilden durch das böse Beispiel eine schwere Gefahr für Disciplin unter den übrigen, vor allem deshalb, weil die krankhafte Grundlage dieser Handlungen wohl nie von den Kameraden der Betreffenden verstanden wird. All solche Leute nun frühzeitig als krank zu erkennen, bez. eine Entscheidung herbeizuführen, ob die härteste Bestrafung einen noch als normal Anzusehenden treffen, oder ob völlige Entschuldigung eintreten soll für krankhaftes Handeln, das ist Pflicht der Armee im eigensten Interesse. Dass die gleiche Betrachtung in erhöhtem Masse für erkrankende Unteroffiziere und Offiziere, besonders bei der schleichend beginnenden Paralyse gilt, erhellt von selbst, und können wir leider immer wieder beobachten.

All die hierfür in Betracht kommenden Fragen aufs Sorgfältigste zu studiren ist um so mehr eine dankbare Aufgabe, als das schönste Endziel alles ärztlichen Wirkens, die Verhütung von Krankheiten, bei dem geschlossenen Aufbau der Armee und der so weit gehenden möglichen Ueberwachung und Beeinflussung der gesammten Lebenshaltung des Einzelnen in einer Weise möglich ist wie nirgends sonst in ähnlicher Weise. Dem Erkennen des Richtigen folgt nirgends so prompt das Ausführen und Abhelfen als in der Armee. Und wenn es gelungen ist, in kaum zwei Jahrzehnten die Gesammtzahl der Erkrankungen von 1500 pMl. der Kopfstärke auf 680 pMl. herabzudrücken, so ist das der schlagendste Beweis, dass die Aerzte der Armee, mit der Zeit fortschreitend, ihre Pflicht gethan haben. Diese Prophylaxe auch auf die Fern-

---

[1]) Eine schöne Sammlung von Krankengeschichten solcher schwachsinnigen, kranken, verbrecherischen Soldaten findet sich bei *Anschütz*, De militaire Strafgevangenis te Tjimahi, crimineel-anthropologische en psychiatrische onderzoekingen bij de Gestraften. Batavia 1899.

haltung psychisch gefährdeter Männer, auf die Beseitigung ätiologisch schädlich wirkender Einrichtungen, auf die rechtzeitige Erkennung geistig Kranker auszudehnen, das ist eine für die nächste Zeit noch immer mehr zu lösende Aufgabe. Die dafür in Betracht kommenden Fragen würden weiter in militärische Einzelheiten gehen, als einen Kreis von Irrenärzten interessiren könnte. Ich habe mir erlaubt, an anderer Stelle[1]) darauf näher einzugehen. Hier sei es mir nur gestattet, kurz einige Bemerkungen anzufügen über die Häufigkeit geistiger Erkrankungen beim Militär.

Die Zahl der alljährlich in der deutschen Armee vorkommenden Psychosen muss als eine äusserst geringfügige, ja fast zu vernachlässigende bezeichnet werden, wenn wir in den amtlichen Sanitätsberichten finden, dass sie im Jahre 1897/98 nur insgesammt 268 betrug, d. i. 0,52 pMl. bei einer Gesammterkrankungszahl von 682,5 pMl. der Kopfstärke. Diese eine Zahl jedoch lässt schon erfreuliche Rückschlüsse zu auf den allgemeinen geistigen Gesundheitszustand unserer Bevölkerung einerseits und die Sorgfalt der Auswahl und Untersuchung unserer Militärärzte bei der Aushebung andrerseits, wenn wir sie mit den entsprechenden Zahlen aus den Heeren anderer Völker vergleichen. So betrug im Jahre 1890, für welches Jahr zuletzt mir allseitig vergleichbare Zahlen zur Verfügung stehen, die Zahl der Psychosen in der preussischen Armee 0,35 pMl., in der österreichischen 0,36 pMl., in der französischen 0,49 pMl., in der bayrischen 0,50 pMl., in der englischen sogar 1,3 pMl., in der niederländisch-indischen 1,82 pMl. und schliesslich als das höchste in der belgischen 2,23 pMl. der Kopfstärke; in der russischen Armee waren 0,97 pMl. aller Erkrankungen Psychosen gegen 0,76 pMl. entsprechend berechnet, bei uns. Sehr deutlich prägen sich hierin die Verschiedenheiten des Rekrutirungssystems aus, indem die Länder mit allgemeiner Wehrpflicht eine sehr viel geringere Erkrankungsziffer aufweisen als die Länder mit Milizsystem, welche sich mit einem Menschenmaterial begnügen müssen, das nicht nur in allgemein militärischer Leistungsfähigkeit, sondern auch in Bezug auf die geistige Gesundheit und Widerstandsfähig-

---

[1]) Ueber Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg 1902. Druck und Verlag von Gebrüder Lüdeking. Siehe dort auch genaue Literaturangaben über Psychosen beim Militär.

keit hinter dem unsrigen zurückstehen muss. Dabei ergeben für England unsere Zahlen noch ein günstigeres Ergebniss, als es wahrscheinlich der Wirklichkeit entspricht, da in ihnen die Kolonialtruppen nicht mit eingeschlossen sind, gerade diese aber oft aus minderwerthigen Mischlingen bestehen und zugleich durch den Aufenthalt in den Tropen Geisteskrankheiten im Allgemeinen in höherem Masse ausgesetzt als die Bewohner der gemässigten Zone, eine Ansicht, die durch die Zahlen der indischen Armee Hollands bekräftigt wird.

Wenn nun diese Zahlen geistiger Erkrankungen im engsten Sinne des Wortes trotz der zunehmenden Prophylaxe in den letzten 20 Jahren von 0,33 auf 0,52 pMl. und in Bayern von 0,39 auf 0,67 pMl. gewachsen sind, so dürfte dies wohl gänzlich als ein Ausdruck der allgemeinen Zunahme der constatirten Geisteskrankheiten anzusehen sein und gerade wie in der Civilbevölkerung neben andern Ursachen vor Allem der Erweiterung des Begriffes der Geisteskrankheit zuzuschreiben sein. Ein günstiges, für die Sorgfalt bei der Aushebung sprechendes Zeichen ist es immerhin, dass diese Vermehrung wesentlich geringer ist als die Vermehrung der Aufnahmen in die Irrenanstalten Preussens.

Ganz andere als die eben erwähnten Zahlen finden wir jedoch, wenn wir nicht die in den Rapporten als geisteskrank bezeichneten allein betrachten, sondern alle diejenigen, welche im psychiatrischen Sinne des Wortes als geisteskrank anzusehen sind und welche allein ein Bild davon geben können, wie gross die Bedeutung psychiatrischer Kenntnisse für den Militärarzt ist. Psychiatrische Beurtheilung und Behandlung erfordern nämlich mindestens in dem gleichen Masse die sehr grosse Zahl der Epileptiker, der Hysteriker, der Alkoholiker sowie der Neurastheniker, welche alljährlich in der Armee zur Beobachtung kommen; eine weitere Zahl von Psychosen kommt in den amtlichen Sanitätsberichten nicht recht zur Geltung, weil die Betreffenden entweder gleich nach der Einstellung wieder entlassen oder als zur Beobachtung ins Lazareth aufgenommen in den Rapporten geführt werden. Ueber die Zahl der Erkrankungen des Offizierstandes wird, wie schon erwähnt, überhaupt nicht Bericht erstattet[1]). Die Summe aller dieser Kranken erhöht die

---

[1]) In der österreichischen Armee standen in zehnjährigem Durchschnitt

Zahl der wirklich vorkommenden Fälle etwa um das Sechs- bis Zehnfache der obigen Zahlen, und gerade diese verdienen um so grössere Beachtung, als unter ihnen sich die für die Beurtheilung schwierigsten Fälle der Grenzen geistiger Gesundheit und Krankheit befinden, welche nicht nur die durchschnittlichen psychiatrischen Kenntnisse des praktischen Arztes, sondern unter allen Umständen specialistische Ausbildung des beurtheilenden Arztes erfordern.

Als ein Ergebniss dieser Erwägungen ist es zweifellos anzusehen, wenn seit über 20 Jahren den Studirenden der Kaiser Wilhelms-Akademie in Berlin allen Gelegenheit gegeben wird, Vorlesungen über Psychiatrie und auch Psychologie zu hören, wenn ferner eine grössere Zahl künftiger Militärärzte alljährlich in der Lage ist, als Unterärzte in der Charité praktisch Fühlung zu gewinnen mit Geisteskranken, und schliesslich seit etlichen Jahren zwei Sanitätsofficiere auf je etwa 2 Jahre zur spezialistischen Ausbildung an psychiatrische Kliniken kommandirt werden.

Herrn Hofrath Professor Dr. *Binswanger* für seine stete Anregung und Förderung auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank.

---

die geistigen Erkrankungen der Offiziere zu denen der Unteroffiziere und der Mannschaften im Verhältniss von 275:112:612 (*Myrdacz*); in der französischen Armee erkrankten 0,34 pMl. Mannschaften, 0,61 pMl. Unteroffiziere und 1,31 pMl. Offiziere (*Colin* cit. bei *Darricarrère* S. 13).

Zur Casuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholism

(Aus der Provinzial-Irrenanstalt Ueckermünde.)

Von

Dr. **Luther,**
Assistenzarzt an der Provinzial-Pflegeanstalt bei Neustadt i. H.
früher in Ueckermünde.

Dass sowohl durch den Genuss des Alkohols in verschiede Form und Concentration als auch durch die Lebensbedingun und den Volkscharakter der ihn Geniessenden, ganz abgesehen v der Constitution des Einzelnen und seiner individuellen Wid standsfähigheit eine Verschiedenheit der alkoholischen Störun bedingt wird, ist schon oft behauptet und muss auch angenomn werden, wenn man die, um nur auf psychischem Gebiet zu bleib in den Beschreibungen der einzelnen Autoren enthaltenen Unt schiede der alkoholischen Psychosen in Bezug auf ihre Häufigk ihren Verlauf und ihren Ausgang sich erklären will.

Deshalb möge es mir erlaubt sein, eine Reihe von Fällen a unserer Anstalt, die ihren Aufnahmebezirk in Vorpommern u einem Theile des mittleren Pommerns hat, deren Bevölkeru hauptsächlich aus den Bewohnern des Landes und kleinerer Lan städte besteht, einer eingehenden Betrachtung zu unterziehe Die in Betracht kommenden Kranken sind zum allergrössten Th Angehörige der arbeitenden Klassen und haben den Alkohol durc gehends in Form des Schnapses zu sich genommen.

Eine langjährige Alkoholdurchseuchung wurde überall in d Anamnese sichergestellt und auch objectiv nachgewiesen dur die constanten nervösen Symptome des chronischen Alkoholismu

Eine Vergleichung unserer Fälle mit der Literatur, die erschöpfend zu nennen wäre, konnte leider, da mir diese nur in etwas schränktem Maasse erreichbar war, nicht vorgenommen worden.

Ich beabsichtige nur einzelne Gruppen hervorzuheben und rar:

1. Im Anschluss an Delirium tremens entstandene Formen.
2. Zustandsbilder, die ich als alkoholische Verwirrtheit beichnen möchte.
3. Den hallucinatorischen Wahnsinn.
4. Den chronischen alkoholischen Grössenwahn.

Es kommt mir hier mehr darauf an, diese Gruppen in ihren mptomen und in ihrem Verlauf zu schildern, als zu untersuchen, sie als selbständige klinische Krankheitsbilder aufzufassen sind.

Die zunächst zu besprechenden Ausgangsformen des Deliriums iben hauptsächlich nur die Entstehungsursache gemeinsam, im iteren Verlaufe weichen sie theilweise nicht unerheblich von ander ab.

Fall I. — 34jähriger Restaurateur. Keine erbliche Belastung. Seit hren Trinker. Ein Kind ist schwachsinnig.

Patient, der vor 6 Wochen in Bergquell ein Delirium überstanden tte, gab sich nach der Entlassung gleich wieder dem Trunke hin. Es t eine heftige Erregung auf, die seine Aufnahme hier am 26. Mai 1899 forderlich machte.

Starkes Tremor der Zunge und Hände, Patellarreflexe sind gesteigert. tient ist zunächst völlig ruhig und gut orientirt. Völlige Abstinenz.

Anfang Juni Auftreten von neuritischen Schmerzen, zugleich etwas Verimmung und Reizbarkeit. 12. Juni Auftreten von Unruhe, der Kranke rlangt entlassen zu werden. Am 21. Juni zeigt Patient sich völlig verirrt, redet den Arzt mit Majestät an, glaubt sich von Holz und Eisen ktrisch angezogen. Am 22. Juni Ausbruch der deliranten Erregung, der anke zieht die Wäsche ab, schreit, lacht, kollert im Saal umher. Am . Juni erreicht der delirante Zustand seinen Höhepunkt, fällt von da an mählich ab. Am 5. Juli ist Patient endlich leidlich klar und orientirt. den nächsten Tagen zeitweise klar, zwischendurch oft wieder völlig rwirrt, macht häufig allerlei auffallende Gesten. Hat nur unklare Erinerung an die Tage der starken Erregung, weiss nur, dass Lichter, unterdische Brunnen und schwarze Männer um ihn herum waren. Weiterhin achts oft unruhig, Zunahme der Verwirrtheit. 4. August. Steigerung der nruhe. 5. August. Bemüht sich, die Knorren aus den Dielen herauszuhen, meint, Sektflaschen aufzukorken. 7. August. Rückkehr der Ruhe. nn wieder Zunahme der motorischen Unruhe und Verwirrtheit. Ende

August wird Patient wieder ruhiger, ist aber sehr albern, nicht zu fixiren und äusserst vergesslich. Will an seine Braut schreiben, seine frühere Ehe ist aufgehoben, beklagt sich oft über schlechte Behandlung. Mitte September mehr verwirrt und benommen, bindet sich das Taschentuch turbanartig um den Kopf, mischt sich in jedes Gespräch, rühmt seine Reichthümer, legt sich verkehrt ins Bett, da er sonst immer an den Haaren gezupft wird. Neckt andere Kranke. 10. October. Ruhig, klar, geht zur Gartenarbeit, äussert zuweilen einige Beeinträchtigungsideen, seine Unterbringung hier sei ein Racheakt, man halte ihn hier fest, um seine Arbeitskraft auszunutzen. Anfang 1900 zuweilen neuritische Schmerzen. Ruhiges geordnetes Verhalten. 9. März nachdem er zu völliger Einsicht gelangt ist, als geheilt entlassen.

Fall II. — 44jähriger, durch väterliches Potatorium belasteter Arbeiter. Derselbe sollte nach einem normal verlaufenen Delirium im Krankenhause zu Stettin entlassen werden, als sich allmählich ein Zustand von Verwirrtheit ausbildete. Der Kranke versicherte, im Feldzuge Hülfsprediger gewesen zu sein, gab an, im Besitze grosser medicinischer Kenntnisse zu sein, er könne die verschiedensten Krankheiten heilen, beschäftigte sich mit einem grossen Goldfund, den er hinter dem Ofen gemacht hatte. Hallucinirte lebhaft.

15. Februar 1887. Aufnahme hier. Tremor der Zunge, Pupillen reagiren träge, Patellarreflexe stark abgeschwächt. Hier zunächst ängstlich, verwirrt, muss nach Berlin zum König, später klarer, wird einsichtig, beschäftigt sich und kann am 25. Juli 1887 als geheilt entlassen werden.

Fall III. — Böttchergeselle, 38 Jahre alt, seit Jahren Trinker, Heredität unbekannt.

Vor 14 Tagen Aufnahme in das Krankenhaus zu Pölitz wegen Delirium tremens. Der Anfall ging nach einigen Tagen vorüber, ein Rückfall machte jedoch nach 3 Tagen die Wiederaufnahme nöthig. Es zeigten sich nun Verfolgungsideen, Tobsuchtsanfälle; Patient machte einen Selbstmordversuch durch Erhängen. 9. August 1899 Aufnahme hier.

Linke Gesichtshälfte schwächer innervirt, Zunge weicht nach links ab, zittert fein. Tremor der Hände, Gang stark schwankend, Romberg, Westphal'sches Phänomen, Schmerzempfindlichkeit der Nervendruckpunkte. Gedächtniss theilweise gestört, Patient giebt theils klare, theils verwirrte Antworten. Hört beständig die Leute aus P. über die Urkundenfälschung, die seine Frau mit ihrem Liebhaber gemacht hat, sprechen. Man will ihn erschiessen, oder ihm den Hals abschneiden. Wenn er erschossen ist, will er nach P. und sich vor Gericht rechtfertigen. In der Nacht wird er mit Torfstreu beworfen. Patient ist sehr vergesslich, aber nicht in der für die Korsakow'sche Psychose typischen Art. Weiterhin äussert Patient, man wolle ihn wahnsinnig machen; seine Kinder seien nicht von ihm. Seine Frau schimpft ihn Schuft; ein Bär brummt draussen, er sieht Frauengestalten, die ihn belästigen. 21. November. Verlegung auf eine andere Station. Patient hört hier zunächst nichts. Nach einigen Tagen Eintreten

eines schweren Stuporzustandes, der bis zum 2. März 1900 dauert, wo Patient plötzlich ein Hoch ausbringt. Von da ab äussert der Kranke viele Sinnestäuschungen, er hört hauptsächlich seinen Magen sprechen. 21. März. Krampfanfall. Weiterhin Zustand chronischer Verwirrtheit. Im Juni wieder längerer Stuporzustand. Patient befindet sich noch jetzt in einem Zustand völliger Verwirrtheit, die nervösen Symptome haben sich dagegen sämmtlich zurückgebildet.

Fall IV. — 50jähriger Brunnenmacher. Aufnahme 14. Juli 1899. Nachdem auf das Delirium einige Tage der Ruhe eingetreten waren, machten sich starke Verwirrtheit, Sammeltrieb, Grössenideen bemerkbar, zuweilen heftige Erregungszustände. Nach 4 Wochen Aufhellung des Bewusstseins, geordnetes Verhalten. Patient stellte jedoch in Abrede, je krank gewesen zu sein. Nach 6 Wochen als gebessert entlassen.

Fall V. — Arbeiter, 42 Jahre alt, durch väterliches Potatorium belastet. Derselbe machte nach Angabe des behandelnden Arztes Anfang 1884 nach einem 8tägigen schweren Trinkexcess ein Delirium mit hochgradiger Unruhe und Thiervisionen durch, das mit einem Schlaf von 48stündiger Dauer zur Heilung kam. Nach Ablauf der Störung arbeitete Patient zwar wieder, „es war ihm aber nicht wie sonst“, er war verstört, gab oft unverständliche Antworten, äusserte, es werde ihm in die Ohren geredet, bat seine Frau, sie solle die Leute fortjagen. Am ersten Osterfeiertage den 13. April 1884 kam Patient zum Geistlichen, klagte über grosse Seelenangst, bezichtigte sich selbst, im Jahre 1880 eine Scheune in Brand gesetzt zu haben. Am 20. April widerrief er das Geständniss, äusserte, es sei ihm so, als wenn er träume und eine Stimme ihm zuriefe, dass er die Scheune mit einer Kohle, die er in Papier gehabt habe, angesteckt haben sollte; mit Gewissheit könne er es jedoch nicht sagen. Daraufhin inhaftirt. Im Gefängniss ruhiges geordnetes Verhalten, Patient hörte jedoch Stimmen, die ihm immer vorsagten, was er sprechen solle.

28. April 1884. Aufnahme hier zur Beobachtung seines Geisteszustandes. Tremor der Zunge, Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur, Pupillendifferenz.

Hört und sieht hier besonders Nachts Leute, mit denen er früher gearbeitet hat, erkennt sie an der Stimme und am Anzug. Wenn er das linke Ohr zuhält, so hört er zunächst keine Stimmen, er darf dies jedoch nicht zu lange thun, sonst fängt es im Kopf an zu kochen und eine Stimme ruft: „Mach Luft, sonst muss ich platzen!“ Die Stimmen hätten ihn zur Selbstbezichtigung getrieben, da sie sagten, es würde dann mit der Angst und Unruhe besser. Weiterhin beschäftigt Patient sich fleissig, hört aber beständig mannigfache, oft höhnende Stimmen, die über ihn sprechen; hört erzählen, sein Bruder sei bei seiner Frau. Alles, was er denkt, wird ihm vorgesprochen, die Angst sitzt ihm überall.

Im Verlauf des Jahres 1885 treten die Hallucinationen zurück, Patient kommt allmählich zur Einsicht, dass die Stimmen seine Krankheit gewesen seien.

31. Mai 1886. Geheilt entlassen.

Patient trank später wieder und musste noch zweimal wegen einer hallucinatorischen Störung aufgenommen werden, konnte aber immer bald wieder entlassen werden.

Fall VI. — 29jähriger Mediciner. Vater Potator, selbst lange als starker Potator bekannt.

16. Mai 1893. Aufnahme in die medicinische Klinik in Greifswald als Delirant, nach 2 Tagen Ueberführung in die psychiatrische Klinik. Am 23. Mai Rückkehr der Ruhe und Klarheit. 28. Mai wieder verworren und aufgeregt, später etwas klarer, ist aber sehr misstrauisch, zeigt Personenverkennung.

25. Juli. Aufnahme hier. Tremor der Zunge und Hände, Verstärkung der Patellarreflexe, Pupillendifferenz. Leidlich klar und ziemlich gut orientirt.

Aeussert reichliche Beeinträchtigungsideen, querulirt, hallucinirt lebhaft, hört besonders oft seine verstorbene Mutter; die Stimmen sind fein und leise, sind von den Stimmen seiner natürlichen Umgebung wohl zu unterscheiden, sie haben meistens einen erhebenden, angenehmen Inhalt, er vermag sie auch künstlich hervorzurufen, indem er in Gedanken Fragen stellt.

Die Aufforderung, sich wissenschaftlich zu beschäftigen, weist er ab, da er durch seine Stimmen vorzüglich aufs Examen vorbereitet sei.

Anfang December erklärt er, er sei von uraltem Adel, legt sich einen neuen Namen bei, beschäftigt sich, allerlei Monogramme und mysteriöse Zeichnungen aufzumalen. In der ersten Hälfte des Jahres 1894 treibt er viele Absonderlichkeiten, vertauscht die einzelnen Kleidungsstücke mit einander, querulirt, ist oft heftig erregt, wird aggressiv gegen das Personal. Später ruhiger. 1895 ruhig, geordnet, gut orientirt, beschäftigt sich im Bureau, äussert aber nie den Wunsch nach Entlassung.

31. October 1896. Nachdem er völlige Einsicht erlangt hat, als geheilt entlassen.

Patient lebte zunächst völlig abstinent, fing aber nach 2 Monaten wieder an zu trinken und wurde dann, da wieder eine Störung auftrat, der Anstalt zugeführt, in der er sich, die Krankheitserscheinungen eines querulierenden Paranoikers darbietend, noch jetzt befindet.

Fall VII. — 38jähriger hereditär nicht belasteter Arbeiter. Derselbe hatte im Anschluss an Erysipel schon einmal ein Delirium durchgemacht. Am 5. Februar 1895 unter den Zeichen eines Deliriums in das Armen-Hospital in Züllchow aufgenommen. Seitdem nie wieder ganz klar, war im Kräftezustand herabgekommen, bot Zeichen von Herzschwäche. Es traten dann zunächst Gesichtstäuschungen, später mehr Gehörstäuschungen auf, weiterhin Grössenideen.

6. Mai 1895. Aufnahme.

Starker Tremor der Zunge und Hände, Steigerung der Patellarreflexe,

mberg, Pupillendifferenz, träge Lichtreaktion. Gedächtniss nicht unerblich getrübt. Stimmung recht gleichgültig. Patient giebt an, es sässen : von Gott gesandten „Gottmänner“ in seiner Brust, er kann sich mit nen unterhalten, sie sprechen aber leise und er muss genau horchen, um : zu verstehen, sie wissen, was er denkt, sie antworten auf seine Geaken. Es ist ihm mitgetheilt, seine Frau und Kinder seien todt. Er hat s höchste Kommando über Europa bekommen. Auch weiterhin recht ilnahmslos, beschäftigt sich etwas, hallucinirt beständig, wird aber zurückltender. 7. October äussert Patient, der Arzt habe ihm zugerufen, er i ein „Manngott“, Gott verlange von ihm, er solle sich auf die Berung B. begeben, wo der Herr gestorben sei, um die Verwaltung zu überhmen.

1896. Patient arbeitet regelmässig, verhält sich ruhig, Gedächtniss ch mangelhaft, hallucinirt noch immer, steht durch die Gottesmänner, ren Stimmen er hört, mit Gott und Christus in Verbindung. Seine Wahnen sind jetzt systematisirt, er ist ein reicher Mann, ein Graf, der auf stiften des Kaisers und des Ministers v. Puttkamer hier festgehalten rd, damit er nicht in den Besitz seiner Reichthümer kommen kann. Für n bestimmte Geldpackete sind ihm hier unterschlagen. Seine Frau und nder sind auf Befehl Gottes ermordet, damit er sich wieder verheirathen kann.

1897. Oft erregt, verstimmt, querulirt, schimpft „auf den Lump von aister“, stellt bisweilen die Arbeit ein.

1898. Durchgehends ruhiges, geordnetes Verhalten, hält an seinen ahnvorstellungen fest, hält aber damit zurück. Gedächtniss wird besser.

1899. Hat freien Ausgang erhalten; ruhig, fleissig, geordnet.

1900. Seine Wahnvorstellungen scheinen zurückgetreten zu sein, sonst verändert.

1901. Bietet keine wesentlichen Gedächtnissstörungen mehr, bestreitet er, je krank gewesen zu sein, stellt seine früheren Sinnestäuschungen d Wahnideen in Abrede, meint, man habe ihn verkehrt verstanden. . September 1901. Als gebessert entlassen.

Fall VIII. Arbeiter, 48 Jahre alt. Heredität unbekannt. Seit Jahren inker. 6 Wochen vor der Aufnahme Delirium in den Züllchower Anlten, nach vorübergehender Besserung Auftreten von Erregungszuständen d blühenden Grössenideen.

Aufnahme 3. December 1887. Starker Tremor der Zunge und Hände, ksseitige Facialisparese, träge Pupillenreaktion. Erhebliche Geisteswäche, Stimmung durchgehends gehoben. Hallucinirt lebhaft, hört die mmen seiner Verwandten, sie sagen ihm, er sei König, unterhält sich t ihnen, prügelt sich mit Gestalten. Er besitzt Millionen, ist König von ussen, hat ein Königreich im Kartenspiel mit anderen Königen genen, hat einen Krieg geführt, 37 Pferde in demselben verloren, hat l Kinder u. s. w.

Macht Geld, indem er mit dem Mund bläst, am Gaumen liegen die harten, unter der Zunge die weichen Thaler. In den ersten Jahren traten zuweilen Erregungszustände auf. Patient hallucinirt auch jetzt immer noch sehr lebbaft, die geistige Schwäche ist noch etwas stärker geworden, jedoch verrichtet Patient ohne Aufsicht bessere Gartenarbeit.

Die in der mir zugänglichen Literatur als Folgezustände des Deliriums beschriebenen Formen weichen meistens nicht unbeträchtlich von einander ab, es mag deshalb in Folgendem eine kurze Uebersicht darüber gegeben werden.

v. Speyr[1]) beobachtete einen Fall, wo ein Delirium bei einer fieberhaften Krankheit „chronisch wurde". Es bildete sich ein Zustand von geringerer oder grösserer Benommenheit mit lebhaften Sinnestäuschungen heraus, aber ohne Ausbildung von Wahnvorstellungen und ohne Andeutung von Grössen- oder Verfolgungsideen.

Dass Wahnideen aus dem Stadium des Deliriums längere Zeit nach Abschluss der acuten Erkrankung persistiren können, betont *Ziehen*[2]), er giebt aber an, dass dieselben schliesslich meist vollständig corrigirt werden.

Liepmann[3]) führt 3 Fälle an, wo längere Zeit der Glaube an bestimmte hallucinirte Vorgänge den Abschnitt der eigentlichen Wahnproduction überdauerten.

Auch *Bonhöffer*[4]) sah nach Ablauf des Deliriums wahnhafte Residuen oft mehrere Tage anhalten. Er meint dann aber, dass man, wo derartige Ideen die Dauer von mehreren Tagen überschritten, vorsichtig sein müsse und gut thue, nachzusehen, ob nicht eine paranoische Veranlagung vorliege oder ob nicht eine durch den chronischen Alkoholismus herbeigeführte Psychose das Haften der Beeinträchtigungsideen begünstige.

Nach *Schüle*[5]) kann die Reconvalescenz anstatt durch Krisis auch durch Lysis erfolgen, indem zunächst ein hallucinatorisches Nachstadium auftritt, oder es kann der Kranke auf einige Tage in einen Zustand halber Betäubung mit schwachsinniger Begehrlichkeit

---

[1]) Die alkoholischen Geisteskrankheiten 1882.

[2]) *Ziehen*, Psychiatrie 1894.

[3]) Archiv für Psychiatrie B. 27 p. 197.

[4]) Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten 1897.

[5]) Klinische Psychiatrie 1886.

und blöden Grössenideen verfallen, oder endlich können sich mehrere Anfälle von Delirium wiederholen.

Dass sich nach wenigen Tagen ein zweiter Anfall von Delirium entwickeln könne, giebt auch *Kräpelin* an [1]).

v. Krafft-Ebing [2]) sah häufig Relapse, die die Krankheit bis zur Dauer von mehreren Wochen protrahiren können.

Kirchhoff [3]) giebt an, dass die „Lösung" durch erneute Steigerungen der Erregung bis zu einigen Wochen hinausgeschoben werden kann.

Als eine keineswegs seltene Erscheinung führt *Bonhöffer* an, dass zunächst uncomplicirt erscheinende Delirien nicht kritisch zur Heilung kommen, sondern sich in die Länge ziehen und mehr und mehr den Charakter einer polyneuritischen Psychose annehmen, weshalb er denn auch eine Verwandtschaft der beiden Processe anzunehmen geneigt ist.

Als im Anschluss an ein Delirium vorkommende Psychosen führt *v. Krafft-Ebing* Wahnsinn, protrahirte Stuporzustände, Melancholien und Manien an, die sich von durch andersartige schwächende Einflüsse hervorgegangenen Erkrankungen nur durch den chronischen Alkoholismus und aus der Periode des Deliriums stammende Hallucinationen unterscheiden.

Ziehen sah den Ausgang des Deliriums in Paranoia, er giebt jedoch an, dass dieser selten ist.

Dornblüth [4]) bemerkte nur selten den Uebergang des Deliriums in Verblödung oder chronische Paranoia.

v. Speyr dagegen sah nie das Zusammentreffen von Delirium und chronischer Paranoia und meint auch, dass beide Erkrankungen bei demselben Individuum nicht vorkämen.

Kräpelin sah in einem Fall einen nach 2 Monaten günstig verlaufenden Zustand, der einigermassen an den hallucinatorischen Wahnsinn erinnerte. Ferner bemerkte er häufiger den Ausgang in einen eigenartigen Schwachsinn. Die Kranken bleiben nach Ablauf der acuten Störung misstrauisch, indem bisweilen einzelne Täuschungen, namentlich im Bereiche des Gehörs, bestehen bleiben, all-

---

1) Psychiatrie 1899.
2) Lehrbuch der Psychiatrie 1893.
3) Lehrbuch der Psychiatrie 1892.
4) Kompendium der Psychiatrie.

mählich treten dann Verfolgungsideen auf und hier und da vorübergehend auch Grössenideen, die aber meistens nur in scherzhafter Form geäussert werden. Gleichzeitig lässt sich ein erheblicher Grad von geistiger Schwäche und Stumpfheit nicht verkennen. Die bemerkenswertheste Eigenthümlichkeit dieser Zustände sind die deutlichen Schwankungen, die sie darbieten.

Dagegen, dass diese Zustände als Paranoia aufgefasst werden, verwahrt *Kräpelin* sich ausdrücklich, da sie sich von dieser durch das Fehlen jeder Systematisirung und Fortentwicklung der Wahnvorstellungen, durch deren geringen Einfluss auf das Handeln und endlich durch das Schwanken der Kranken zwischen halber Einsicht und wahnhafter Befangenheit unterscheiden.

Schreiten wir nun zu einer kurzen Betrachtung unserer Fälle: Zunächst sehen wir bei dem ersten Kranken, der vor 6 Wochen schon einmal ein Delirium durchgemacht hat, bei völliger Abstinenz nach einem längeren Incubationsstadium ein Delirium auftreten, das nach 4 Tagen seinen Höhepunkt erreicht und von da ab „lytisch“ abfällt. Nachdem vorübergehend leidliche Klarheit sich eingestellt hat, tritt starke Verwirrtheit mit zeitweisen geringeren Nachlässen und intercurrenten Erregungszuständen auf, ein Stadium von ca. 3 Monate langer Dauer. Auch dann noch zuweilen Aeusserung von Beeinträchtigungsideen, bis sich allmählich völlige Einsicht herstellt.

Im nächsten Fall tritt allmählich nach normal verlaufenem Delirium eine hallucinatorische Verwirrtheit mit Grössenwahnbildung auf, bis sich nach Dauer von mehreren Monaten die Besserung einstellt.

Fall III zeigt eine sehr schwere und auch ungünstig verlaufende Störung, die sich an ein normal mit kritischem Abfall verlaufendes Delirium anschliesst. Massenhafte nervöse Störungen, Gedächtnisstrübung und Verwirrtheit, reichliche Hallucinationen, Stuporzustände, ferner ein Krampfanfall sind die Hauptmomente des Krankheitsbildes.

Eine gewisse Aehnlichkeit dieser 3 Fälle unter einander ist nicht zu verkennen, und besteht hauptsächlich in der überall stark hervortretenden Verwirrtheit und Bewusstseinstrübung und den reichlichen Hallucinationen. Mit Ausnahme der hier hervortretenden

Verfolgungs- und Grössenideen würden sie sich dem „chronisch gewordenen Delirium“ *v. Speyer*'s anschliessen.

Fall I würde ferner auch als Beispiel eines, wie Schüle es nennt, lytisch abfallenden Deliriums gelten können, jedoch würde die Lysis, wenn man die ganze Störung ins Auge fasst, etwas reichlich lange dauern.

Fall III mit seinen erheblichen nervösen Störungen und mit seiner Gedächtnissstörung mag auf den ersten Blick *Bonhöffer*'s polyneuritischen Psychosen ähneln, er unterscheidet sich jedoch dadurch, dass die Merkfähigkeit nicht völlig aufgehoben ist. Ob man die hier vorkommenden Stuporzustände zusammen mit dem Krampfanfall als epileptische Momente deuten kann, lasse ich dahingestellt sein.

Dem von *Schüle* angedeuteten „Zustand von halber Betäubung, schwachsinniger Begehrlichkeit und blöden Grössenideen“ mag Fall IV verglichen werden, bei dem das Vorhandensein von Hallucinationen nicht bemerkt werden konnte.

Im nächsten Fall sehen wir sich dem Delirium einen hallucinatorischen Wahnsinn anschliessen, der sich sehr erheblich in die Länge zieht, indem die Besserung ganz allmählich eintritt, bis der Kranke nach ca. zweijähriger Anstaltsbehandlung nach Erlangung der Krankheitseinsicht entlassen werden kann. Vielleicht kann man ihn dem *Kräpelin*'schen Fall, „der einigermaassen an den Alkoholwahnsinn erinnerte“, zur Seite stellen.

Das Gemeinsame der letzten drei Krankheitsbilder ist ein stärkeres Hervortreten des paranoischen Moments.

Besonders in den beiden ersten Fällen bemerken wir auch hier als Einleitung der chronischen Störung eine stärkere Affection des Bewusstseins, die erst allmählich mehr und mehr zurücktritt, auch die Störung des Gedächtnisses und der Intelligenz bessern sich ganz allmählich.

Die paranoischen Züge treten im weiteren Verlauf mehr und mehr hervor, es kommt zu einer wirklichen Systematisirung.

In Fall VI leitet sich nach reichlich einem Jahr eine Besserung ein, bis nach reichlich dreijähriger Behandlung, nach Herstellung der Einsicht, der Kranke als geheilt entlassen werden kann. Ob man hier eine Heilung annehmen will oder eine Remission, weil schon nach 2 Monaten die alte Störung zum Ausbruch kommt,

mag dahingestellt sein, jedenfalls ist aber zu bedenken, dass die erneute Störung erst durch abermalige Einwirkung derselben Noxe, die die erste Erkrankung hervorgerufen, zum Ausbruch kam.

In Fall VII sehen wir trotz der ausgesprochenen Systematisirung ein Zurücktreten der Wahnideen mit gleichzeitiger Besserung der Störung auf intellektuellem Gebiete einhergehen, wie man es bei einer nichtalkoholischen Paranoia wohl kaum beobachten kann.

Den *Kräpelin*'schen „Schwächezuständen" nach Delirium tremens sind die vorstehenden beiden Bilder sicher nicht einzureihen. Eher ist schon der letzte Fall damit zu vergleichen. Hier steht eine starke geistige Schwäche schon zu Anfang im Vordergrund, die auch weiterhin bleibt und auch noch zunimmt. Die Grössenideen sind dementsprechend sehr schwachsinnig, es fehlt ihnen die Systematisirung, sie wechseln zum grossen Theil, sie zeigen kaum einen Einfluss auf das Handeln des Kranken. Deutliche Schwankungen zeigen sich aber nur insofern, als in den ersten Jahren Zeiten ruhigen freundlichen Verhaltens mit Erregungszuständen abwechseln, während es zu zeitweiser leidlicher Einsicht niemals kommt.

Eine Zusammenstellung der einzelnen Krankheitssymptome dürfte bei der grossen Verschiedenheit der Fälle ziemlich werthlos sein, ich werde mich deshalb auf einige allgemeine Bemerkungen beschränken.

Der Jüngste war bei Beginn der Erkrankung 29, der Aelteste 50 Jahre, das Durchschnittsalter beträgt 40½ Jahr.

Hereditäre Belastung findet sich unter 5 Fällen, wo bestimmte Angaben vorliegen 3 mal, und zwar stets durch väterliches Potatorium, es trat in diesen überall ein günstiger Ausgang ein.

Chronischer Alkoholismus bestand überall. Eine früher durchgemachte psychische Störung findet sich in Fall I, V und VII angegeben und zwar stets Delirium tremens.

Somatische Störung fehlte nirgends, Tremor der Zunge und Hände überall mit einer Ausnahme, Pupillendifferenz 3 mal, träge Reaction 4 mal, Steigerung der Patellarreflexe 4 mal, Abschwächung derselben 1 mal, *Westphal*'sches Phänomen 1 mal, *Romberg* 2 mal, Fasialisparese 2 mal, neuritische Schmerzen 3 mal.

Alkoholische hallucinatorische Verwirrtheit. — Mit vorstehender Bezeichnung will ich eine Gruppe von Fällen belegen, die zwar mit der nächstfolgenden, dem hallucinatorischen Wahnsinn,

eine weitgehende Aehnlichkeit hat, namentlich in Art der Sinnestäuschung und der Reaction auf diese, die sich aber durch eine recht tiefgehende Störung des Bewusstseins von dieser unterscheidet.

Wir finden hier eine erhebliche Verwirrtheit im Reden und Denken, Störungen des Gedächtnisses bis zur Aufhebung desselben, Desorientirtheit, Bewusstseinstrübung bis zum völligen Verlust und Stuporzustände. Die Stimmung ist bisweilen wechselnd, stets vorwiegend zeigt sich jedoch der melancholische Affect. Es ist wie das Delirium ein vorwiegend traumhafter Zustand, der den zur Genesung kommenden Kranken auch als solcher imponirt, an den dieselben nur ganz lückenhafte oder fast gar keine Erinnerung aufweisen.

v. *Speyr* betont, dass das Delirium sich nicht immer scharf von der acuten alkoholischen Verrücktheit trennen lasse, dass es gewisse Uebergänge gebe.

Jolly[1]), der als die beiden Hauptgruppen der acuten alkoholischen Geistesstörungen die delirirende und systematisirende Form aufstellt, hebt hervor, dass es zwischen diesen beiden Hauptgruppen Mischformen giebt, in welchen eine bestimmte Traumgeschichte das Leitmotiv darstellt, neben denen jedoch die beständig wechselnden Wandelbilder der delirirenden Form ablaufen.

Ob die vorliegenden Fälle Uebergänge zwischen dem Delirium und der acuten Paranoia *v. Speyr*'s, wenigstens in ihren Symptomen darstellen, oder ob sie besser als Mischformen der delirirenden und systematisirenden Gruppen *Jolly*'s aufzufassen sind, lasse ich dahingestellt sein, mindestens aber halte ich diese Form für einen erheblich modificirten hallucinatorischen Wahnsinn.

Einige Aehnlichkeit dürfte auch mit dem in der vorigen Gruppe angeführten Fall I, II und III bestehen.

Um die Abtrennung dieser Fälle vom hallucinatorischen Wahnsinn weiter zu rechtfertigen, will ich noch einige Autoren anführen.

Am wenigsten spricht für uns *Schüle*, in dessen Beschreibung des acuten Trinkerwahnsinns wir finden, dass das Bewusstsein stets tief getrübt, manchmal vorübergehend aufgehoben sei; es scheinen jedoch, wenn ich die Schilderung recht verstehe, diese Zustände

[1]) Bericht über die 80. Versammlung des psychiatrischen Vereins Berlin, Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. 51, S. 192.

zusammen mit den Hallucinationen vornehmlich Nachts aufzutre
während am Tage die Kranken leidlich klar sind, was wir
unseren Fällen nicht finden.

Nasse[1]) giebt in seiner Schilderung des Verfolgungswahns
der geistesgestörten Trinker, die allerdings meist chronisch
laufende Fälle betrifft, an, dass das Gedächtniss für die frühe
Begebenheiten gut erhalten sei.

v. Speyr führt an, dass bei der acuten alkoholischen Verrü
heit die Antworten bei allen Kranken stets geordnet waren, fer
dass Gedächtniss und Orientirung gut sei.

Kirchhoff giebt an, dass eine verhältnissmässige Klarheit
Bewusstseins bestehe.

Ziehen meint, die Unorientirtheit und Incohärenz bei
alkoholischen acuten Paranoia sei erheblich geringer als bei
peracuten Form, dem Delirium tremens.

Auch *Bonhöffer* giebt an, dass der Alkoholhallucinant
Gegensatz zum Delirianten die Orientirung behält.

Kräpelin's Angabe darüber lautet dahin, dass das Bewussts
beim hallucinatorischen Wahnsinn kaum getrübt sei. Es best
nur eine ganz geringe, erst bei genauerer Betrachtung auffalle
Benommenheit und Verstörtheit. Die Kranken seien besonnen, ü
ihre Umgebung orientirt, zeigten folgerichtiges Denken und könn
über die Krankheitserscheinungen zusammenhängende Ausk
geben.

Seburg[2]) bemerkt, das Bewusstsein sei in allen Fällen le
getrübt, aber es bestehe keine Verwirrtheit, auch behielten
Kranken eine treue Rückerinnerung an das hallucinatorisch Erleb

Immerhin glaube ich berechtigt zu sein, anzunehmen, dass
der unter dem Namen Verfolgungswahnsinn der Trinker, alkoholisc
acute Paranoia, Alkoholhallucinose, hallucinatorischer Wahnsi
beschriebenen Störung, um den *Schüle*'schen acuten Trinkerwah
sinn fortzulassen, eine so tief greifende und andauernde Bewus
seinsstörung nicht zum Krankheitsbilde gehört, so dass einige B
rechtigung vorliegt, diese Gruppe von der folgenden, dem rein

---

[1]) Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. 34, S. 167.

[2]) Festschrift zum 50jährigen Bestehen des Stadtkrankenhauses Dresden. Ref. Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. 57, S. 251.

hallucinatorischen Wahnsinn, zu trennen. Dem Einwurf, dass es sich in diesen Fällen hinsichtlich der Bewusstseinsstörung und Benommenheitszustände um das Hineinspielen epileptischer Momente handeln könnte, möchte ich durch die Constatirung der Thatsache, dass in sämmtlichen Fällen anderweitige Anhaltspunkte dafür völlig fehlen, begegnen.

Einige Aehnlichkeit haben meine Fälle mit der von *v. Krafft-Ebing* beschriebenen Alkoholmelancholie, wo auch eine erhebliche Trübung des Bewusstseins zu constatiren ist, sie unterscheiden sich aber dadurch, dass, wenn auch die Stimmung vorwiegend ängstlich ist, häufig zwischendurch ein heiterer oder zorniger Affect auftritt, dass eine aus Unwürdigkeitsvorstellung hervorgehende Angst nicht das primäre Krankheitssymptom ist, sondern dass diese erst durch die Hallucinationen bedingt wird. Ferner ist der Verlauf in den meisten Fällen ziemlich protrahirt, auch ist der Ausbruch in der Mehrheit nicht brüsk zu nennen.

Krankengeschichte IX. — 35jähriger Handelsmann. Der Vater war schwindsüchtig, weitere Belastung soll nicht vorliegen. Patient selbst seit Jahren starker Schnapstrinker. Angeblich vor 4 Monaten schon einmal im städtischen Krankenhaus in Stettin an einer acuten Geistesstörung behandelt.

Jetzige Krankheit besteht seit ca. 3 Wochen. Dieselbe trat plötzlich auf, Patient sprach wirres Zeug, wurde dann benommen, zeitweise tobsüchtig, zum Selbstmord geneigt, manchmal zeigten sich lichte Augenblicke. Der Kranke wird am 27. August 1898 aus dem Stettiner Krankenhause, wo er bisher behandelt wurde, zugeführt.

Linksseitige Facialisparese, Pupillen ziehen sich auf Lichteinfall zusammen, erweitern sich aber sofort wieder. Zittern der Zunge, ebenfalls kleinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. Kniereflexe gesteigert. Der Gang ist schwankend. Bei Druck auf die unteren Extremitäten verzieht Patient das Gesicht schmerzhaft, Nervendruckpunkte anscheinend weniger empfindlich.

Patient ist bei der Untersuchung sehr ängstlich, wendet sich hilfesuchend um. Er nennt zunächst Namen, Geburtstag, Alter richtig, erzählt dann aber unvermittelt, er sei gestern hingerichtet, er habe den Wachtmeister gesehen, die Depeschen gelesen; der hier im Bett liege, sei er gar nicht. Bei der Frage nach seiner Verheirathung erzählt er, seine Frau sei jetzt an einen Herrn v. Feldern verheirathet und fährt dann fort, sein Kopf sei zuerst hingerichtet mit einer Zugharmonika, da müsse ihm alles Essen so hineingedrückt sein. Schliesslich reagirt der Kranke auf keine

Frage mehr, spricht nur abgebrochene Sätze wie „Kann doch nicht hier sein!" vor sich hin.

In den nächsten Tagen theils ruhig, theils unruhig, zeitweise ängstlich, zerpflückt sein Hemd, lässt sich füttern, sieht sich oft unmotivirt um, murmelt leise vor sich hin. Auf Fragen antwortet er kaum. Immer sehr benommen.

1. September. Vermuthet Quecksilber im Essen, es hat keinen Zweck zu essen, sieht sich oft ängstlich und rathlos um.

In den nächsten Tagen keine Veränderung.

4. September. Etwas freier, folgt allen Aufforderungen, nennt seinen Aufenthaltsort richtig, weiss aber Jahr und Monat nicht anzugeben, äussert: „es gehe ihm Alles im Kopf herum wie im Delirium". Am nächsten Tage der alte stuporöse Zustand.

8. September. Wieder ein freier Tag, zeigt sich leidlich gut orientirt.

In den nächsten Tagen wieder gehemmt und ängstlich, sieht sich oft verwundert um, antwortet mit leiser Stimme.

14.—15. September. Freier. 16. September. Sehr ängstlich, glaubt, er habe etwas Unrechtes gethan, weil er immer Hund genannt wird. Wenn er wirklich gestohlen hat, braucht doch nicht solche Rache an ihm genommen zu werden.

20. September. Recht unruhig, bleibt nicht im Bett, ist sehr heiter und vergnügt, lacht viel. 21. September. Recht ängstlich, fragt, ob er wegen Geldangelegenheiten hier ist, er habe 16 Mark Schulden. Er glaube, er sei verrückt, so wirr sei ihm im Kopf. Wenn er wirklich gestohlen hätte, möchte er doch nicht in die ewige Verdammniss kommen. Fast immer sehr stark benommen.

28. September. Lebhaft, gehobener Stimmung, er ist hier als Kaiser eingesetzt und muss für Alles sorgen.

29. September. Aengstlicher, meint aber, er sei doch kein Räuber und Brandstifter, dass er hier sitzen müsse. 30. September. Lebhaft, erzählt, er sei hier seit 9 Jahren als Generalsuperintendent anerkannt.

Vom 5. November ab wird Patient klarer und zugänglicher, nimmt Antheil an seiner Umgebung, es treten nur selten mehr leicht ängstliche Verstimmungen auf.

November. Patient beschäftigt sich im Bureau, ist freundlich, verkehrt mit anderen Kranken, drängt sehr zur Arbeit.

Kann sich der Vorgänge während seiner Krankheit nicht mehr entsinnen, er weiss nur, dass er in das Stettiner Krankenhaus gebracht ist, erst von Mitte October hat er sich freier gefühlt. December, völlig ruhig, verständig und geordnet. 20. December. Als geheilt entlassen.

Im Ganzen stehen zur Verfügung 11 Krankheitsfälle bei 10 Kranken, alles Männern.

Der Jüngste war bei der Aufnahme 30 Jahre, der Aelteste [illegible] Jahre alt, das Durchschnittsalter beträgt 37 Jahre.

Ueber die hereditären Verhältnisse sind objectiv sichere Angaben wurden in 6 Fällen, unter diesen findet sich nur 2 mal Belastung und zwar Trunksucht des Vaters. Die beiden Belasteten machten eine recht lange dauernde Erkrankung durch, genasen jedoch schliesslich.

Alle Kranken sind langjährige Schnapssäufer, als höchster Tagesquantum wird 2 Liter Branntwein angegeben.

Eine vorangegangene psychische Erkrankung wird nur in Fall IX angegeben.

Ein unvermittelter plötzlicherAusbruch ohne Vorläufer wird nur angegeben in 3 Fällen, darunter Fall IX. Sonst finden wir überall ein Vorbereitungsstadium, das von einigen Tagen bis zu 2 Monaten dauert, und zwar finden wir die Kranken vorher aufgeregt, reizbar, launisch, interesselos, verstimmt, zeitweise verwirrt.

Aufgenommen in die Anstalt wurden von den Kranken, von Ausbruch der ausgeprägten Krankheit ab gerechnet, innerhalb der ersten Woche 5, einer nach 14 Tagen, bis zu 3 Wochen 2, bis zu 4 Wochen ebenfalls 2, einer erst nach ca. 3 Monaten. Die Uebrigen befanden sich sämmtlich schon einige Zeit in einem Krankenhaus.

Nervöse Störungen wurden in jedem Fall bemerkt. Es fand sich Tremor der Hände und Zunge, mit einer Ausnahme, überall, Tremor der gesammten Muskulatur 3 mal, 2 Kranke boten Pupillendifferenz, 3 träge Lichtreaction, 4 Verstärkung der Patellarreflexe, 2 *Romberg*, einer schwankenden Gang. Abweichen der Zunge nach sich 2 mal, Facialisparese 1 mal, neuritische Schmerzen und Hyperästhesie ebenfalls je 1 mal.

Hinsichtlich der Feststellung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen ist zu bedenken, dass bei den Kranken auf dem Höhepunkt der Erkrankung in Folge der meistens bestehenden Hemmung das Krankenexamen sehr erschwert, oft fast unmöglich gemacht ist, so dass man im Grossen und Ganzen mehr auf die spontanen Aeusserungen angewiesen ist, ferner der Umstand, dass die Kranken nach Rückkehr der Klarheit nur eine verschwommene Rückerinnerung zeigen.

Gehörstäuschungen finden sich constant, es haben diese durch-

gehends einen unangenehmen, meist Beängstigung erregenden Inh
Wir finden allerlei Geräusche, Klopfen, Klappern, Brummen, Summ
rauschen, weiter Beschimpfungen, allerlei Stimmen von Verfolg
Vorwürfe, zuweilen sind sie für die Kranken nicht recht verständl
Ausgesprochen sexuellen Inhalt haben die Gehörstäuschungen
in 2 Fällen.

Gesichtstäuschungen sind in 8 Fällen vermerkt; es handelt
mehrfach um den Teufel, einmal erscheint er in Frauengestalt,
aber kenntlich am Pferdefuss, weiter finden wir drohende Gestal
kleine Männer, schwarze Männer, onanirende Männer, kleine Thierc
wilde Thiere, feurige Kugeln, blauer Dunst, 1 mal die eigene
richtung.

Gefühlstäuschungen sind nur einmal constatirt, dafür tr
sie aber in dem betreffenden Fall auch sehr hervor. Der Kra
wird im Saal umhergeschoben, er wird herumgedreht, fühlt
um einen Besenstiel herumgezogen, eine Feder steckt in sei
Halse, Zähne werden ihm ausgezogen, er wird mit giftigen S
stanzen übergossen.

Bei demselben finden sich auch Geruchstäuschungen, ein St
von Gerüchen und bösen Dünsten kommt aus den Schränken, st
aus der Leichenkammer auf.

Die von den Kranken geäusserten Vorstellungen sind
wiegend depressiver Natur. Sie sollen Spitzbuben, Betrüger, Di
Brandstifter, Räuber, Mörder, zum Theil der eigenen Angehöri
sein, werden für Abtreiber gehalten, sollen Schulden haben.
sollen für ihre Vergehen büssen, sie werden in die ewige
dammniss kommen, man wird sie hinrichten, schlachten, ihnen
Hals abschneiden, sie aufhängen, in Stücke hauen, sie tief in
Erde graben, ersäufen, rädern. Ein Kranker wünschte sich
Anstellung beim Gericht, damit er nicht für die Mordthat, die
ihm zur Last lege, so schwer büssen müsse. Diese Vorstellun
sind den Kranken gewissermassen aufgedrängt, sie sind sich eig
lich keines Unrechts bewusst, nehmen die Beschuldigungen a
doch hin, wie z. B. der Mensch im Traumzustande das Ungewöhnli
und Nichtmögliche hinnimmt, sich davon beherrschen lässt, a
gleichzeitig doch ein Gefühl des Zweifels daran hegt.

Beeinträchtigungsideen werden zuweilen intercurrent geäuss

irgend einer Systematisirung kann es natürlich bei der hochdigen Verwirrtheit nicht kommen.

Das sporadische Auftreten von Grössenideen bemerken wir mal, ein Kranker ist sehr reich, ein anderer (IX) Generalperintendent und Kaiser, ein dritter kann telephoniren nach Wien d Berlin, sogar nach dem Elysium.

Die Stimmung der Kranken ist vorwiegend deprimirt und gstlich, jedoch finden sich zwischendurch theils mehr, theils niger, besonders wenn der Höhepunkt überschritten ist, heitere d zornige Affectzustände. Der Schlaf ist besonders zuerst recht hlecht, wird aber zuweilen durch Hemmungszustände vorgetäuscht. otorische Unruhe tritt nur in 2 Fällen sehr hervor, sonst überiegen bei Weitem Hemmungszustände.

Vorübergehende Nahrungsverweigerung, nicht sehr erheblichen Grades, sehen wir 3 mal, Selbstmordversuche 2 mal, und zwar durch Ertränken und Aufbeissen der Pulsadern. Thätliche Angriffe uf ihre Umgebung machten 4 Kranke vor ihrer Aufnahme, 3 in der Anstalt auf Wärter und Mitkranke, dieselben erfolgten ganz plötzlich und waren wahrscheinlich immer durch Sinnestäuschungen bedingt.

Das Stadium der starken Bewusstseinsstörung und Verwirrtheit hört in einem Falle, nach Ausbruch der Krankheit gerechnet, auf n 8, 2 mal in 9 Tagen, 3 mal nach ca. 3 Wochen, in 2 Fällen auert es bis zu 3 Monaten, in einem ca. 4 Monate, in einem ndern sogar annähernd 6 Monate. In einem, trotz frühzeitiger ufnahme ganz ungünstig verlaufenden Falle machte sich nach Monaten eine Remission bemerkbar, die aber nur einige Wochen auerte, worauf dann ein chronischer Erregungszustand mit erhebicher geistiger Schwäche und chronischer Verwirrtheit einsetzte, er jetzt, nach über 3 Jahren, noch besteht.

Nach dauernder Rückkehr einer leidlichen Klarheit und Beonnenheit sind die Kranken meistens noch nicht genesen, es chliesst sich fast überall ein Nachstadium an, das bis zu Monaten auern kann, wo vereinzelte Sinnestäuschungen fortbestehen, auch inzelne Wahnideen geäussert werden und den Kranken die Einicht fehlt; bei 2 Kranken kehrte sogar nach einigen Monaten noch inmal ein kurzer Zustand von Stupor und Verwirrtheit zurück.

Als völlig geheilt entlassen wurden 6, bei einem weiteren trat

die Heilung bald zu Hause ein, bei 2 blieb ein Zustand von mässiger Abstumpfung zurück, der aber schon vorher bestanden haben kann, einer musste ungeheilt entlassen werden, einer befindet sich noch jetzt, wie erwähnt, in der Anstalt. Immerhin ist für unsere Verhältnisse die Prognose ziemlich günstig zu nennen.

Alkoholischer hallucinatorischer Wahnsinn. — Die von den verschiedenen Autoren als Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker (*Nasse, v. Krafft-Ebing*), acute alkoholische Paranoia (*v. Speyr*, *Ziehen*), alkoholistischer Verfolgungswahnsinn (*Kirchhoff*), acuter Trinkerwahnsinn (*Schüle*), hallucinatorischer Wahnsinn der Trinker (*Kräpelin*) geschilderten Krankheitsbilder scheinen in der Hauptsache identisch zu sein mit der Einschränkung, dass der eine mehr ganz acut, der andere mehr subacut und chronisch verlaufende Fälle besonders im Auge hat. In Folgendem will ich eine Uebersicht zu geben versuchen, wie diese Erkrankung sich bei uns darstellt.

Vorweg bemerken muss ich, dass wir ganz acut verlaufende Fälle überhaupt nicht aufzuweisen haben, ferner, dass unsere Fälle sich meistens durch langsamen Verlauf und vielfach durch ungünstigen Ausgang auszeichnen.

Als Erklärung dafür mag anzuführen sein, dass alle die betreffenden Kranken schon dem chronischen Alkoholismus verfallen waren, ferner als äusserliches Moment, dass acut verlaufende Krankheitsprocesse sich vielfach in den Krankenhäusern, wohin die Kranken oft zunächst gebracht werden, abspielen, ehe das gewöhnliche Aufnahmeverfahren geregelt ist.

Zur Verfügung stehen 18 Fälle, darunter ein Recidiv, bei 15 Männern und 2 Frauen.

Das Alter bei der Aufnahme beträgt im Durchschnitt 40 Jahre, während der jüngste Patient 29, der älteste 59 Jahre alt war. Es ist dies ein Alter, das ganz erheblich höher ist, als *v. Speyr* bei seinen Fällen angiebt. Irgend welchen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung scheint die verschiedene Altersstufe nicht zu haben.

Unter den 12 Fällen, wo sichere Angaben über die Heredität vorhanden sind, haben wir in der Hälfte Belastung, und zwar vom Vater her, 2 mal durch Potatorium, 1 mal durch Geisteskrankheit, 2 Patienten sind durch Geisteskrankheit der Mutter, einer durch solche des Grossvaters und der Schwester belastet. Erwähnt werden

ng, dass erbliche Belastung unter den ganz ungünstig verlaufenden Fällen sich 5 mal findet.

Ein Kranker machte hier mit einem Zwischenraum von $1^1/_2$ Jahren dieselbe Erkrankung durch, während er schon früher einmal Delirium gehabt haben will.

4 Kranke hatten schon früher einen Anfall von Säuferwahnsinn gehabt. 3 Kranke sollen eine Anzahl von Delirien durchgemacht haben, wovon aber nur bei einem 3 Anfälle in Irrenanstalten beobachtet und also sichergestellt sind.

Ein plötzlicher Ausbruch ohne Vorläufer findet sich in 12 Fällen, 3 mal findet sich die acute Störung vorbereitet durch Reizbarkeit, aufgeregtes Wesen, Verstimmung, 2 mal ist ein merkwürdiges Wesen vorher beobachtet, in einem Fall sogar seit $1^1/_2$ Jahr körperliche Säufererscheinungen als gastrische und nervöse Störungen, sowie das Gefühl von Beängstigung. Die eigentliche Krankheit, der hallucinatorische Wahnsinn, entwickelte sich aber auch hier plötzlich. Derartige Incubationsstadien finden wir 5 mal bei ganz chronisch und ungünstig verlaufenden Fällen.

Sämmtliche Kranke sind, wie schon erwähnt, als chronische Alkoholisten zu betrachten, während *von Speyr* angiebt, dass der Alkoholmissbrauch bei der acuten Paranoia unter allen alkoholischen Psychosen am kürzesten gewesen zu sein scheine. Aehnlich äussert sich *Schüle*, der bemerkt, dass der acute Trinkerwahnsinn den einfachen kritischen Abschluss eines alkoholischen Uebergenusses bilde, dessen Unternehmer noch nicht Gewohnheitstrinker seien. Wenn die Krankheit im Verlauf des ausgesprochenen chronischen Alkoholismus auftrete, was, wenngleich selten, vorkomme, so entfalle sie doch auf das Anfangsstadium der genannten Kachexie, während die vorgeschrittenen Schwächezustände in der Form des Delirium tremens kritisirten.

Als Form, in der der Alkohol vorzugsweise genossen ist, wird bei 12 Schnaps allein, bei 3 Schnaps und Bier durcheinander, 1 mal Rum und reiner Spiritus angegeben, 1 mal soll fast nur Bier consumirt sein. In baldige Behandlung, entweder zunächst in ein Krankenhaus oder gleich in die Anstalt, kam die Mehrzahl, nur bei 4 Kranken dauerte es von 4 Wochen bis zu 3 Monaten, in welcher Zeit der Alkoholgenuss noch fortgesetzt wurde. Alle diese 4 Fälle sind ungünstig verlaufen.

Aufgenommen wurden hier von den Kranken 3 innerhalb der ersten Woche, 6 nach 14 Tagen bis 3 Wochen, 4 bis zu 4 Wochen, 4 nach ca. 3 Monaten, einer erst nach ungefähr 6 Monaten.

Ueber die somatischen Zeichen des Alkoholismus bemerkt *v. Speyr*, dass er sie in seinen Fällen nirgends fehlen sah, sie waren jedoch schwach, undeutlich und meist vorübergehend. *Kräpelin* führt an, dass an den Händen und der Zunge öfters, aber nicht immer, alkoholisches Zittern bestand. *Seburg* sah Zittern, Taumeln, Krämpfe und Sprachstörungen. *Nasse* bezeichnet die motorischen Störungen in den Muskelgebieten des Gesichts als fast constante Begleiter der psychischen Störung. *v. Krafft-Ebing* meint, dass die begleitenden somatischen Störungen dem begleitenden chronischen Alkoholismus angehören.

In unseren Fällen sehen wir derartige nervöse Störungen nirgends ganz fehlen. 16 Kranke hatten Tremor der Zunge, 15 Tremor der Hände, 2 Tremor der gesammten Muskulatur, 3 Sprachstörung, verursacht durch Tremor. Steigerung der Patellarreflexe fand sich 4 mal, Abschwächung derselben 7 mal, darunter 2 mal fast völliges Erlöschen, Fussklonus 1 mal, schwankender Gang 2 mal, *Romberg* 4 mal. Pupillendifferenz bestand in 7, träge Reaction, die 2 mal kaum noch zu erkennen war, in 8, Facialisparese in 2, Abweichen der Zunge in 3 Fällen. Neuritische Schmerzen sind 2 mal vorhanden. Krampfanfälle wurden hier nicht beobachtet, sollen aber in 2 Fällen früher vereinzelt aufgetreten sein.

Kommen wir nun zur Betrachtung der Sinnestäuschungen, die der vorliegenden Störung das Hauptgepräge verleihen. An erster Stelle sehen wir bei uns, wie überall, die Gehörstäuschungen stehen, die auch *Nasse*, der sie in 3 Fällen nicht constatiren konnte, als die häufigeren und gewöhnlicheren erklärt. Nächstdem folgen an Häufigkeit die Gesichtstäuschungen. Während z. B. nach *v. Krafft-Ebing* diese selten fehlten, sah *Kräpelin* sie nur in manchen Fällen vorübergehend bestehen, namentlich des Nachts, und meist ziemlich unbestimmten Inhalts. *Seburg* giebt darüber an, dass er die in den acuten Fällen nur vereinzelt beobachteten Gesichtsillusionen in den subacuten Fällen fast stets, wenn auch nicht so hervortretend wie die Gehörstäuschungen bemerkte.

Gefühlstäuschungen erwähnt *Kräpelin* gar nicht. Nach *Seburg* sind sie selten, bei *Nasse* und *v. Speyr* stehen sie, wie bei uns,

an dritter Stelle. Auch *v. Krafft-Ebing* spricht von den häufigen paralytischen und hyperästhetischen Zuständen, die zum Wahn physikalischer Verfolgung führen können.

Geruchs- und Geschmackstäuschungen hat *v. Speyr* nie bemerkt, nach *Nasse* sind sie relativ selten, auch *v. Krafft-Ebing* hält sie auch für selten.

Die Gehörstäuschungen finden sich, wie schon erwähnt, constant bei unseren Kranken; sie erstrecken sich zunächst auf allerlei allgemeine Geräusche, Sausen, Rauschen, Summen, Brummen, Klopfen, Poltern, Schiessen, Getuschel, Flüstern im Ohr; es findet sich das Geräusch des Thüröffnens und Schliessens, Hundegebell, Ziegenmeckern. Weiter wirkliche Stimmen, die schimpfen, höhnen, bedrohen; es werden Witze über den Kranken gemacht, unanständige Worte, „Schweinereien“, werden ihnen zugerufen, einzelne hören ihre Angehörigen schreien. Die mannigfaltigsten Vorwürfe bekommen die Kranken zu hören, ihr Zeug ist zerrissen, sie werden bezeichnet als Kartoffel- und Rübendieb, Brandstifter, Mörder von Frau und Kindern, sie sollen Majestätsbeleidigungen begangen haben, sie sollen voller Läuse und Ungeziefer sitzen. Vielfach haben diese Vorwürfe sexuelle Beziehung, es wird den Kranken vorgeworfen schlechter Lebenswandel, geschlechtliche Sünden, Geschlechtskrankheit, Verkehr mit anderen Weibern, sie sind venerisch, ihre Geschlechtstheile sind nicht echt, sie haben sich mit Ziegen abgegeben, da Läuse von ihnen bei diesen gefunden sind.

Constant enthalten diese Stimmen Bedrohungen, die Kleider sollen fortgenommen werden, man wird sie aus der Anstalt werfen, sie werden in Untersuchungshaft kommen, sollen verurtheilt, aus dem Dienst entlassen, bei Seite gebracht werden, sollen eines schweren Todes sterben, man wird sie todtschiessen, todtschlagen, hinrichten, verbrennen, sie werden von Räubern umgebracht werden, das Gemächt will man ihnen abschneiden.

Nur vereinzelt haben die Stimmen einen angenehmen Inhalt, ein Kranker hört, dass er zum Oberst ernannt wird, andern wird das grosse Loos, Besuch, Entlassung in Aussicht gestellt, ferner kommen vor verheissende Stimmen Gottes.

Selten haben die Stimmen einen unsinnigen Inhalt, den die Kranken nicht verstehen, so hörte einer „er hat einen Schuss von 37° bekommen“, ein anderer hörte die Worte „Erbsenfrau, Garten-

frau, Entenfrau", die Aufforderung, die „Enten- und Ohrenklappen zu schliessen".

Nicht immer sind die Kranken einfach Zuhörer dieser Stimmen, vielfach richten sich diese auch direct an sie, namentlich in Aufforderungen und Schimpfworten. So beklagte sich z. B. eine Kranke, dass sie von den Stimmen immer mit „Du" angeredet werde.

Bei manchen Kranken werden über alle ihre Verrichtungen, über Alles, was sie thun und treiben, Bemerkungen gemacht, z. B. „seht, wie viel er isst", „seht die Angst, seht, wie er zittert, „seht, wie er schlecht schreibt" u. s. w., sie werden zum Handeln aufgefordert, man erinnert sie an Vergessenes.

Die Gedanken werden vorgesprochen, nachgesprochen, die Gedanken werden verrathen, Träume erzählt man nach, Briefe werden dictirt, es wird mitgelesen, bei einem Kranken waren die Stimmen sogar immer mehrere Sätze voraus.

Die Stimmen rühren her aus der Umgebung, von Angehörigen, bestimmten Bekannten, Mitarbeitern, auch Stimmen von Verstorbenen werden vernommen, ein Kranker hört Gott, ein anderer den Kaiser Franz Josef, ein dritter den Regierungspräsidenten sprechen. Einmal wird angegeben, dass die Stimme des einen Verfolgers von dem vielen Sprechen schon ganz heiser geworden sei.

Selten werden die Stimmen allgemeiner als Telephonstimmen, Frauenzimmerstimmen, Creaturenstimmen bezeichnet. Sie kommen von draussen, von oben, von unten, aus den Ecken, aus leblosen Gegenständen, theilweise aus dem Innern, der Brust, dem Bauch, dem Herzen.

Einzelne Kranke hören aus dem Summen der Fliegen, dem Geräusch einer Dampfmaschine, aus dem Läuten der Glocken, aus ihren eigenen Tritten Stimmen heraus.

Gesichtstäuschungen sind in $^{2}/_{3}$ der Fälle vermerkt, es sind dies: allgemeine Lichtempfindungen, kleine Kügelchen, blaue Kügelchen, die aus lauter krabbelnden Thierchen bestehen, fliegende Büchsenkugeln, Blitzkugeln, Mäuse, Vögel, Figuren, Instrumente, gerichtete Gewehre.

3 Kranke sahen schattenhafte Gestalten, 6 Männer mit Spiessen, Dolchen, Säbeln, Mistgabeln, Revolvern, Gewehren bewaffnet, die auf sie zukommen oder zielen. Zwei sahen schwarze,

sie begleitende Männer. Weiter gesehen wurden Hunde, Thiere mit langen Schwänzen und 6 Beinen, Thiere, die an dem Kranken emporspringen und von seinem Brot abbeissen wollen, Erscheinungen von lebenden oder verstorbenen Angehörigen. 2 Kranke sahen das Erscheinen von historischen Persönlichkeiten. Einer sah am Himmel Gestalten, sah, wie Menschen aus dem Boden hervortauchten und wieder verschwanden, wie Pflanzen aus der Erde emporschossen und erblühten. Obscöne Visionen und zwar nackte Frauenzimmer finden sich nur einmal. Personenverkennung bestand 6mal, es werden Verwandte und Bekannte in der Umgebung erkannt, eine kranke Frau hielt Mitkranke für junge Männer, Hierzu zu rechnen ist auch wohl der Fall, wo ein Kranker bärtige Männer ohne Bart sah, und die Beine seiner Frau bei einem Mitkranken entdeckte.

Gefühlstäuschungen finden sich in 7 Fällen. Die Kranken fühlen sich gezwickt, angespuckt, gebrannt, es wird am Bett gerüttelt, 3 Kranke bezeichnen schmerzhafte Empfindungen als elektrische Schläge und schmerzhafte Beleuchtungen, ein weiterer fühlt, wie Schüsse in seinen Körper einschlagen und im Fleisch explodiren, wie mit Nähnadeln nach seinen Hoden geschossen wird. Weiter wird angegeben, dass sie innerlich unrein sind, dass Kopf, Brust, Bauch hohl sind, die Knochen sind ferner zerbrochen, der Magen ist zugeschnürt, sie werden in die Länge gezogen, mit Messern und Beilen bearbeitet, voll Luft gepumpt, mit Tabaksasche angefüllt.

Als Geschmacks- oder als Gefühlstäuschung oder als beides mag man die Klage auffassen, dass sich das Brot im Munde in Sand verwandele.

Geruchstäuschungen finden sich nur in 2 Fällen, ein Kranker klagt zuweilen über aashaften Geruch und betäubende Dünste, bei einem andern treten diese Empfindungen ganz in den Vordergrund und beherrschen das ganze Krankheitsbild, der Betreffende klagt beständig über üble Gerüche, die aus den Schränken kommen oder von den „Stinkbollen“, mit denen er sich fortwährend beworfen wähnt.

Wie *Kraepelin* erwähnt, soll nach *Ilberg*'s Untersuchungen in den Fällen ein schleppender Verlauf zu erwarten sein, wo ausser den Gehörshallucinationen noch Täuschungen auf anderen Gebieten vorkommen. Eine Bestätigung scheint diese Ansicht durch *Seburg*'s

Angabe zu finden, der in den subacuten Fällen Gesichtstäuschungen ungleich häufiger sah als in den acuten. In unseren Fällen finden sich nun Gesichtstäuschungen und namentlich Gefühlstäuschungen sehr viel häufiger in den ganz chronisch und ungünstig verlaufenden Fällen als in den zur Heilung kommenden.

Häufig werden die Hallucinationen, namentlich die des Gehörs und Gesichts, von den Kranken hingenommen, ohne dass sich eine wesentliche Erklärung oder Systematisirung daran anschliesst. Wo aber vorhanden, lässt sich fast immer ein enger Anschluss der Wahnvorstellungen, Verfolgungs- und Grössenideen an Hallucinationen nachweisen.

Die Kranken haben zum Theil nur die Vorstellung, für die ihnen vorgeworfenen Vergehen bestraft zu werden, meistens auch nur deshalb, weil es ihnen die Stimmen so sagen. Eine Erklärung, warum das alles so sein soll, fehlt vielfach ganz. So z. B. weiss ein Kranker, bei dem das Halluciniren sich über Jahr und Tag hinzog, die Namen der ihn durch fortwährende Zurufe Belästigenden, er fragt sich auch, was er ihnen zu Leide gethan haben möge, kann sich aber für ihre Handlungsweise keine Erklärung geben.

Einen wirklich paranoiden Charakter tragen dagegen die Vorstellungen der Kranken, die meinen, dass Alles, was gesagt und gesprochen wird, sich auf sie bezieht, dass man sie chikaniren will, dass sie den Sündenbock für Alles darstellen sollen, oder wenn sie gar glauben, um Geld an die Anstalt verkauft zu sein, dass die Aerzte nur dazu da sind, um sie festzuhalten, oder wenn sich Kranke mit Stinkbollen und Riechreisern oder mit elektrischen Apparaten verfolgt glauben. So bekommt ein Kranker elektrische Schüsse, Fliegen sind ihm an die Beine geschossen, er ist durch einen Genickschuss, der ihm aufs Gehirn geschlagen ist, in die Anstalt gekommen, durch einen elektrischen Lichtapparat wird er mit seiner Frau bis in die innersten Geschlechtstheile beleuchtet. So fühlt ein anderer sich mit Höllenmaschinen und Röntgen-Apparaten verfolgt, die Brüsewitzer wollen sein Haus mit Dynamit in die Luft sprengen, er ist in die Anstalt gebracht, damit er keine Staatsgeheimnisse verrathe, er wird mit Strychnin vergiftet, seine Kinder werden im Keller umgebracht.

Das von *v. Speyr* so betonte Mitleiden der nächsten An-

gehörigen, das auch *Schüle* andeutet, wurde hier nur in 2 Fällen constatirt.

Eifersuchtswahn fand sich unter den 11 Verheiratheten 7mal, 3 hatten anderweitige geschlechtliche Beziehungen in Hallucinationen oder Wahnvorstellungen, solche fanden sich unter den 6 Unverheiratheten noch 4mal. *v. Speyr* bemerkte unter seinen Verheiratheten Eifersuchtsideen überall mit einer Ausnahme, bei den andern sexuellen Inhalt der Wahnideen. *Nasse* sah ebenfalls bei seinen Verheiratheten den Wahn ehelicher Untreue oder irgend ein Aequivalent dafür. *v. Krafft-Ebing* fand vielfach sexuellen Inhalt der Wahnideen, oder den Glauben an eheliche Untreue, oder die Vorstellung, dass die Umgebung Unzucht treibe. *Schüle* und *Kirchhoff* erwähnen ungefähr dasselbe, während *Kraepelin* nichts darüber bemerkt.

Die Annahme, dass der Eifersuchtswahn und seine Aequivalente nur ein begleitendes Moment seien und eigentlich dem gleichzeitig bestehenden chronischen Alkoholismus angehörten, liesse sich für unsere Fälle rechtfertigen, dagegen nicht für die von *Schüle* und *v. Speyr* beschriebenen, da dort ein Alkoholismus chronicus nicht oder kaum vorhanden ist.

In 5 Fällen sehen wir Grössenideen auftauchen. Eine 50jährige Frau hält sich für sehr hübsch und will wieder heirathen. Ein Kranker wird mit 80 Centner schweren Geschossen bombardirt, er spricht mit dem Regierungspräsidenten, seine Klagesache wird an den Kaiser gehen. Ein anderer kann mit dem lieben Gott sprechen, hat über alles nachgedacht, und sieht tiefer als alle studirten Leute. Der vierte fragt Gott um Auskunft, besitzt das ewige Leben, hat Seelenadel, theilt die richtige Religion aus. Der letzte wird von einem Oberamtmann verfolgt, der dafür eine Million erhält, seine Frau hat ihn durch 50 Männer bewachen lassen, sein Sohn soll Gesandter und Kronprinz werden, der Kaiser Franz Josef wird alle Menschen umbringen und nur ihn als Adam zusammen mit einer Eva übrig lassen.

Der erste dieser Fälle, wo Grössenideen bestanden, ging in Heilung über, die anderen wurden chronisch, jedoch machte sich bei zwei später noch eine bedeutende Besserung bemerkbar. Wenn Grössenideen auch nicht immer ein prognostisch übles Zeichen sind, wie z. B. 3 Fälle von *Seburg*, die sämmtlich in

Heilung übergingen, zeigen, so scheinen sie doch ein bedenkliches Symptom darzustellen.

Die Angaben über die Stimmung der Kranken lauten recht verschieden. Während *Schüle* als Grundzug derselben furchtbare Depression und Verzweiflungsangst angiebt, und *v. Speyr* die Kranken furchtbar geängstigt und gequält sah, bemerkte *Nasse* nur in der Minderzahl eine deprimirte Stimmung. *v. Krafft-Ebing* sagt, es komme häufig zu heftigen reactiven Angstzuständen, während im Uebrigen die Kranken auffallend affectlos seien. Nach *Kraepelin* ist meist eine Mischung von Angst und Humor vorhanden. In unseren Fällen ist die Stimmung fast ausschliesslich ängstlich in 9 Fällen, daneben tritt Gereiztheit und zorniger Affect in 4 Fällen hervor, während sich in den übrigen eine humoristische Färbung nicht verkennen lässt.

Im Gegensatz zu *v. Speyr*, der überrascht war, wie gut seine Kranken schliefen, ist zu bemerken, dass hier wenigstens zu Anfang der Schlaf durchgehends recht schlecht war.

Die Reaction auf die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen äussert sich in zweierlei Gestalt, einerseits suchen die Kranken den ihnen drohenden Gefahren zu entfliehen und sich vor denselben zu schützen, sie verstecken sich im Schornstein, hinter Schränken, kriechen unter die Bettstellen, verschanzen sich hinter Matratzen und dem aufgespannten Regenschirm. Andererseits werden sie aggressiv gegen die Verfolger; so erstach einer seine Frau, als die ganze Stube voller Gestalten war, die auf ihm einstürmten, ein anderer brachte 2 Männern tödtliche Verletzungen bei. Bedrohung der Angehörigen oder Nachbarn mit gefährlichen Werkzeugen fand sich vor der Aufnahme 7 mal. 4 Kranke machten noch in der Anstalt plötzliche brutale Angriffe auf Mitkranke oder Wärter.

Was den Ausgang anlangt, so sahen *v. Speyr* und *Seburg* ihre sämmtlichen Fälle in Genesung übergehen. *Ziehen* giebt an, dass die Gefahr des Ausgangs in chronische Paranoia grösser sei als beim Delirium tremens. *Schüle* giebt als Ausgang an erstens Genesung, zweitens Rückkehr auf die Stufe der chronischen alkoholischen Constitution eventuell auf den schon zuvor bestandenen chronischen Verfolgungswahn. Nach *v. Krafft-Ebing* ist der Verlauf der zu rascher Genesung oder zu Ausgangszuständen

psychischer Schwäche. Die Prognose für alle acut verlaufenden Fälle ist gut, für alle chronisch sich gestaltenden zweifelhaft.

Nach *Kraepelin* ist die Prognose im Ganzen sehr günstig, in der überwiegenden Mehrzahl erfolgt völlige Genesung, nur in einzelnen Fällen scheinen sich trotz Anstaltsbehandlung dauernde Schwächezustände herausbilden zu können. An anderer Stelle bemerkt er[1]): Der Ausgang ist meist volle Genesung, doch giebt es eine viel grössere Reihe von Fällen als beim Delirum, in denen unheilbare Schwächezustände zurückbleiben, gewöhnlich mit Haften einzelner Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen.

Nasse dagegen giebt an, dass wohl eine Anzahl seiner Fälle als gebessert zu betrachten war, jedoch kein einziger völlig geheilt wurde.

Als Krankheitsdauer bis zur Genesung giebt *v. Speyr* einige Tage bis 2—3 Wochen an, weiter *Kraepelin* für die acuten Fälle ebenfalls 2—3 Wochen, für die subacut verlaufenden eine längere Reihe von Wochen und selbst Monaten, *Schüle* mehrere Tage bis zu 1 oder 2 Wochen, *Seburg* für die acuten 3 Tage bis 4 Wochen, für die subacuten 5—15 Wochen. Nach *Ziehen* erstreckt sich die Krankheitsdauer von 3 Wochen bis zu 4 Monaten.

Bei unseren Kranken sehen wir nur in 5 Fällen eine völlige Heilung und zwar bei zwei nach circa 4 Wochen, bei zwei nach 2 Monaten, in einem Fall nach 4 Monaten eintreten. Bei einem Kranken, der nach $2^1/_2$ Monaten gebessert entlassen wurde, trat die Heilung zu Hause ein. Eine sogenannte Defectheilung, ein Verschwinden der Krankheitserscheinungen, jedoch ohne klare Krankheitseinsicht, fand sich 4mal und zwar nach 4 Wochen, 4 und 8 Monaten. Bei den anderen acht erfolgte Uebergang in einen chronischen Zustand. Von diesen wurde einer, bei dem Zeiten von Krankheitseinsicht mit immer wiederkehrenden Verschlimmerungen abwechselten, nach 1 Jahr in eine andere Anstalt versetzt. Einer konnte nach circa 2 Jahren nach eingetretener Defectheilung entlassen werden. Ein anderer konnte nach $1^3/_4$ Jahren, nachdem die Hallucinationen abgeblasst waren und eine gewisse Einsicht dagegen bestand, ebenfalls entlassen werden. Einer entwich nach 6 Monaten ungeheilt, einer starb nach 3 Jahren, ebenfalls

[1]) Einführung in die psychiatrische Klinik.

ungeheilt, drei befinden sich noch in der Anstalt und zwar nach $1^3/_4$, 3 und $3^1/_4$ Jahren. Bei einem der letzterwähnten hat sich eine erhebliche Demenz anscheinend ohne Weiterbestehen von Hallucinationen herausgebildet, während die übrigen bei ziemlich gut erhaltener Intelligenz noch immer sehr lebhaft hallucíniren.

Als prognostisch ungünstige Momente sind nach den vorliegenden Fällen aufzufassen: Belastung, ein längeres Vorbereitungsstadium, das Weitergeniessen von Alkohol nach Ausbruch der Erkrankung, das Auftreten von erheblichen Gefühlstäuschungen und von Grössenideen.

Alkoholischer Grössenwahn. — Unter den chronisch beginnenden und ebenso verlaufenden alkoholischen Psychosen will ich die einfache Demenz, den uncomplicirten Eifersuchtswahn, und den reinen Verfolgungswahnsinn ausser Acht lassen, weil für die ersten beiden Formen zuviel, für die letzte an ganz reinen Fällen zu wenig Material (4 Fälle) zur Verfügung steht, und mich auf den alkoholischen Grössenwahn beschränken.

Diese Gruppe hat viele Anklänge an der von *v. Speyr* und *v. Krafft-Ebing*, mehr aber noch mit der von *Ziehen* beschriebenen alkoholischen chronischen Paranoia, ferner aber ähnelt sie der von *Schüle* als chronischen alkoholistischen Verfolgungs - (Grössen-) Wahn charakterisirten Störung und auch den schwachsinnigen Endzuständen *Kraepelin*'s, weicht aber anderseits doch in vielen Stücken ab.

Wie ich schon angedeutet, zeigen die Fälle einen ganz allmählichen Beginn, im Gegensatz zu einem Theile der *v. Speyr*'schen Fälle, ebenfalls treten sie nicht plötzlich in Erscheinung, im Anschluss an ein Delirium oder hallucinatorischen Wahnsinn oder wie *Schüle* zum Theil sah, nach einem kurzen Anfall von acutem Wahnsinn oder direct nach einem heftigen Rauschzustand.

Ferner zeigen sie kein Prädominiren von Verfolgungsideen und auch, ausser dem bei Verheiratheten meistens vorhandenem Eifersuchtswahn im Gegensatz zu der *v. Krafft-Ebing*'schen Beschreibung durchgehends wenig sexuelle Färbung. Das, was das Krankheitsbild völlig beherrscht, sind die blühenden Grössenideen, die wie bei der Paralyse meist plötzlich auftauchen und verschwinden, selten lange festgehalten werden, fast nie einen systematischen Zusammenhang untereinander oder mit Verfolgungsideen aufweisen.

Durch letzteres Moment dürfte auch das nach *v. Krafft-Ebing*[1]) vorkommende Zusammentreffen von Eifersuchtswahn mit Paranoia persecutoria hier auszuschliessen sein.

Was ferner sehr hervorsticht, ist, wie sich auch sonst angegeben findet, ein stets mehr weniger ausgesprochener primärer geistiger Schwächezustand. Ein Ausgang bis zu den tiefsten Graden des Blödsinns, wie ihn *Schüle* theilweise beobachtet hat, war hier jedoch nicht zu sehen, fast immer blieb der Grad der mitgebrachten Demenz weiter bestehen, selten wurde er stärker, bisweilen zeigte sich sogar in dieser Beziehung einige Besserung. Ein ausgesprochener remittirender Charakter wie bei *Ziehen*'s Fällen oder wie in den *Kraepelin*'schen Schwächezuständen, machte sich nur zuweilen deutlich bemerkbar.

Krankengeschichte X. — 30jähriger Schuhmacher. Vater war Trinker, Mutter war schwindsüchtig, ein Bruder acquirirte eine Psychose in Folge Traumas. Die beiden Kinder des Patienten sind todt. Langjährige Trunksucht.

Die jetzige Krankheit begann allmählich seit Jahresfrist, es zeigten sich Reizbarkeit, Aufregungszustände, der Kranke wurde gewaltthätig besonders gegen seine Frau, äusserte Eifersuchtsideen, stellte dann die Arbeit ein, lief viel umher, äusserte Grössenideen, bezeichnete sich z. B. als Prinz Carl.

Mitte April 1894 wurde der Kranke in das Stettiner Krankenhaus gebracht und von dort am 11. Mai 1895 der Anstalt zugeführt.

Bei der Aufnahme ruhig, folgt willig auf die Station.

Tremor der Zunge und Hände, Steigerung der Patellar-Reflexe, später häufig Pupillendifferenz.

In das Krankenhaus ist er gekommen, weil er sich mit seinen Gedanken überanstrengt hat. Mit seiner Frau hat er nicht glücklich gelebt, er hätte ihr zwar nichts nachweisen können, aber die Leute hätten sich über sie aufgehalten. Zu Hause ging ein Telephon durch die Wände, dadurch wurde gesprochen dieses Telephon verfolgte ihn überall. Die Wanduhr sprach, wenn er vorbei ging: „Du bist zu dumm“, sie erzählte ihm Alles: wo er geboren sei, was er thun solle, was ihm bevorstehe.

Im Krankenhaus that ihm eine Weckeruhr dieselben Dienste. Im Krankenhaus lag jemand neben ihm, der war schon ganz verwest, und dessen Bett war voll Koth. Seine Mutter sei eine Adelige, und er solle der Prinz Alexander V. sein. Hier über ihm müsse wohl eine Druckerei sein, da es immer so eigenthümlich klopfe. Alles dies wird ohne rechten Zusammenhang und ohne wesentlichen Affekt vorgebracht, Gedächtniss und Orientirtheit sind recht mässig.

---

[1]) Jahrbücher für Psychiatrie X 2—3, S. 212.

In der nächsten Zeit verhält Patient sich ruhig und folgsam, geht später mit in die Werkstatt, ist nur zuweilen etwas erregt und erklärt, ein Kaiser schustere nicht. Grössenideen werden in schwachsinniger Weise oft geäussert, er ist dem Kaiser Alexander aus der Haut hervorgegangen, daher haben alle Mächte Antheil an ihm und führen Krieg um ihn. Er hat Rittergüter, ihm gehört das Herzogthum Braunschweig, er ist Prinz Wilhelm u. s. w.

Im Juli wird Patient recht abweisend, will nicht mehr arbeiten, äussert immer verwirrte Verfolgungs- und Grössenideen. Später wieder ruhiger. Gegen Ende des Jahres Klagen über nächtliche Verfolgungen, das Essen werde ihm aus dem Magen herausgepumpt, sein Bett gehe mit ihm in die Höhe, sein Bett sei mit einem Telephon verbunden, dadurch werde die Matratze ganz heiss; Hexen, Theaterdamen kommen, drücken ihn an die Brust, schleppen ihn fort. Dabei bestehen unverändert Grössenideen, 1866 ist er König von Sachsen und Kaiser Wilhelm I. gewesen, er ist Jesus, man hat ihn gekreuzigt u. s. w.

1896 bietet er dasselbe Bild, hallucinirt, hat Nachts viele Anfechtungen, Grössenideen bestehen weiter. In seinen Aeusserungen recht verwirrt, malt krause Zeichen, die er als seine eigenen Schriftzeichen ausgiebt, die er aber selbst nachher nicht lesen kann.

1897. Durchgehends ruhig und fleissig. Nachts oft unangenehme Empfindungen, äussert oft schwachsinnige Grössenideen.

1898. Einige kurzdauernde heftige Erregungszustände, sonst ruhiges und geordnetes Verhalten. Fördert in der Unterhaltung den blühendsten Unsinn zu Tage.

1899. Aeussert noch immer verwirrte Grössenideen.

1900/01. Immer freundlich, ruhig, fleissig, hält sehr auf sein Aeusseres, ist einigermassen orientirt, äussert selten einmal in scherzhafter Form einige Grössenideen, Sinnestäuschungen bestehen scheinbar nicht mehr, äussert nie den Wunsch, entlassen zu werden.

Eine etwas weiter zurückliegende Krankengeschichte habe ich deshalb als Beispiel gewählt, damit auch der Ausgang der Störung besser verfolgt werden kann.

Im Ganzen stehen zur Verfügung 15 Fälle, die sämmtlich Männer betreffen. Das Alter beträgt bei der Aufnahme im Durchschnitt 43 Jahre, ist also um circa 10 Jahre höher als das, welches *v. Speyr* bei seiner chronischen Paranoia angiebt. Der jüngste Patient ist 30, der älteste 56 Jahre.

Belastung finden wir in 11 Fällen, wo sichere Angaben darüber vorliegen, 6mal, also ungefähr im selben Verhältniss wie beim hallucinatorischen Wahnsinn.

3 Kranke sind durch väterliches Potatorium, einer durch

Geisteskrankheit der Mutter, zwei durch Krankheit je zweier Geschwister belastet.

Der Beginn der Krankheit ist, wie schon erwähnt, ein ganz allmählicher. In vielen Fällen bemerken die Angehörigen die langsame Entwicklung eines geistigen Schwächezustandes über Jahr und Tag, bevor sich eine eigentliche Wahnbildung zeigt. Oft findet man als erstes Zeichen der Erkrankung in der Anamnese angegeben, dass die Kranken „nicht bei der Sache bleiben", dass sie „wirre reden". Mit der Entwicklung der mehr oder weniger ausgeprägten Schwäche gehen dann einher Verstimmung, Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Unlust zur Arbeit, brutales Wesen, alles Zeichen des ausgesprochenen Alkoholismus chronicus. Bei den Verheiratheten bemerkt man ferner fast constant das Auftreten von Eifersuchtsideen, weiterhin allerlei Beeinträchtigungsvorstellungen, oft Hallucinationen, bis früher oder später die blühenden schwachsinnigen Grössenideen zum Vorschein kommen.

Als Dauer der Krankheit vor der Aufnahme finden wir 4 Monate bis zu mehreren Jahren angegeben, und zwar ist das meistens von dem Hervortreten der ganzen geistigen Veränderung an gerechnet. Eine ganz präcise Angabe über den Krankheitsbeginn lässt sich bei der meist recht schleichenden Entwicklung oft schwer feststellen.

Besonders zu bemerken ist noch, dass in keinem Fall sich in der Anamnese das Voraufgehen einer acuten alkoholischen Störung findet. Die begleitenden somatischen Erscheinungen, von denen *v. Speyr* sagt, dass sie bei seiner chronischen Paranoia dieselben seien, wie bei der acuten, nur hochgradiger und dauerhafter, von denen *Schüle* sagt, sie seien häufiger als bei der acuten Form, unterscheiden sich bei uns von den bei den vorigen Gruppen beobachteten nicht sehr wesentlich, was auch nicht weiter merkwürdig ist, da es sich bei uns überall um chronische Alkoholisten handelt.

Tremor der Zunge bemerken wir überall, Tremor der Hände 11 mal, der gesammten Muskulatur 2 mal. Sprachstörung verursacht durch Tremor einmal. 6 Kranke bieten Pupillendifferenz, 4 träge Reaction, einer zeigt Differenz in der Reaction bei beiderseits normalem Augenhintergrund, bei einem anderen ist eine Pupille bei nicht herabgesetzter Sehschärfe lichtstarr. In 3 Fällen Steigerung, in 3 Abschwächung der Patellar-Reflexe, in 3 Fällen

Romberg, in 2 schwankender Gang. Abweichen der Zunge 2mal, Facialisparese einmal vorhanden. In 2 Fällen ist die Sensibilität herabgesetzt, 2mal finden sich neuritische Schmerzen. Einmal wurde ein apoplektiformer Anfall bemerkt; Krämpfe soll ein Patient vor der Aufnahme gehabt haben.

Die Sinnestäuschungen sind der Häufigkeit nach solche des Gehörs, des Gesichts und Gefühls, wie dies auch *v. Speyr, Schüle, Ziehen* bei der Beschreibung der chronischen Störungen angeben; dass aber dem Inhalt derselben, wie *Schüle* beobachtet hat, stets eine sexuelle Färbung beigemischt ist, konnte nur in wenigen Fällen bemerkt werden. Sinnestäuschungen sind wohl fast immer vorhanden, wenn sie auch oft nicht sehr hervortreten.

Gehörstäuschungen wurden in 4 Fällen in Abrede gestellt, aus dem zeitweisen Gebahren der Kranken war jedoch mit ziemlicher Sicherheit auf das Vorhandensein von solchen zu schliessen. Die Gehörsempfindungen sind: Mannigfaltige Geräusche, Flüsterstimmen, üble Nachreden, Schimpfworte, unanständige, schmutzige Worte, Bezichtigungen der eigenen Person oder der Frau, Befehle, Verheissungen, Stimmen vom Himmel, Worte Gottes, Stimmen des Kaisers, auch Telephonstimmen, Souffliren wie beim Theater. Aus dem Gehen der Uhr, aus dem Klappern des Geschirrs, aus dem Läuten der Glocken werden Stimmen herausgehört.

In 13 Fällen sind Täuschungen im Gebiete des Gesichts vorhanden. Hexen, Weiber in Hundefellen, Theaterdamen, in allen Winkeln alte Weiber, schwärze Männer, Männer und Hunde, die eigene Frau wird an der Wand erblickt, feurige Wagen, der Geist Gottes in Feuer gehüllt, Gott selbst in Gestalt eines Bären, Engel mit Posaunen, Apostel im weissen Talar, Kaiser Wilhelm, die Kaiserin.

In 9 Fällen finden sich abnorme Sensationen und Gefühlstäuschungen. Das Bett geht in die Höhe, das Bett wird umhergeschwenkt, die Kranken fühlen sich inwendig gebrannt, durch Hitzestrahlen versengt, der Kopf wird mit Schrauben zusammengepresst, die Knochen sind fort, sind zerbrochen, zersplittert, gespalten, durchbohrt. Das Blut wird ausgesogen, ein Loch ist im Magen, das Essen wird ausgepumpt, Wasser dringt beim Baden in den Körper und macht ihn innerlich wund. Splitter stecken in der Lippe, Thierchen in der Haut, im Leibe, der Mund ist mit Glas-

scherben angefüllt, der Leib wird angefressen, mit Flüssigkeit übergossen, Schmutz fliegt in die Ohren.

Geruchsempfindungen sind 2mal vermerkt, es riecht nach Schwefel, das Essen zeigt aashaften Geruch.

Reiner Eifersuchtswahn fand sich unter den 11 Verheiratheten 8mal, in den 3 anderen Fällen fanden sich insofern Andeutungen, als einer oft seine Frau misshandelte, ein anderer seine Frau für gestorben oder im Zuchthaus befindlich erklärte, und der dritte mit grossen Heirathsplänen und Vielweiberei renommirte. Anderweitige geschlechtliche Beziehungen sind Abziehen der Natur mit Electricität, das Erscheinen von Weibern, die zur Nachtzeit Unfug mit dem Körper treiben, und die Ansicht eines Kranken, der glaubte, hier festgehalten zu werden, damit er die Hurenweiber der Aerzte heirathe. Bei der 4 Unverheiratheten wurden kaum irgend welche sexuellen Ideen geäussert.

Verfolgungsideen stehen in den meisten Fällen keineswegs im Vordergrund, sind oft nur angedeutet oder allgemeiner Natur, zu einer deutlichen Systematisirung verdichten sie sich fast nie. Die Kranken fühlen sich schlecht behandelt, fühlen sich angefeindet, chicanirt, man hat Etwas gegen sie, man trachtet ihnen nach dem Leben. Nicht ganz selten sind Vergiftungsideen und in Zusammenhang mit den abnormen Sensationen mannigfaltige Vorstellungen physikalischer Verfolgung.

Das, was in keinem Falle fehlt und überall in den Vordergrund tritt, sind die blühenden, durchgehends recht schwachsinnigen Grössenideen. Die einzelnen Vorstellungen werden selten lange festgehalten, kehren aber bisweilen von Zeit zu Zeit in ähnlicher Form wieder, sie werden meist ziemlich affectlos, bisweilen sogar in humoristischer Form geäussert, eine logische Entwicklung aus Verfolgungsideen oder eine Verknüpfung untereinander lässt sich selten erkennen.

Die Kranken sind zum Theil adeliger oder fürstlicher Herkunft, mit regierenden Fürstenhäusern verwandt, einer ist Vetter der Kaiserin, die Abstammung ist meist zufällig oder durch Auffinden einer Urkunde erkannt.

Wir finden einen Deutschen I. Klasse, einen Staatsarbeiter, Reichstagsabgeordnete, Reichstagsabgeordnete für die Conservativen, jemand erwartet seine Berufung zum Minister, es sind vertreten,

Generale, Reichskanzler, ein Gehilfe Kaiser Wilhelm I., eine Excellenz, ein Aktiengouverneur von Schlesien, ein Präsident, ein zurechtgemachter Moltke, ein Bismarck, Adelige, Freiherren, Grafen, Fürsten, Prinzen, Kronprinzen, Könige, Kaiser, ein Schwedenkönig, Könige von Preussen, Kaiser von Deutschland. Einer besitzt 3 Kronen, ein anderer hat viele Soldaten, für einen dritten rücken die Soldaten ins Manöver, um für ihn zu blasen und um ihm zu helfen. Die Bezeichnung als David, als Goliath findet sich, die Bezeichnung als Christus ist häufig, auch als der, der in der Kirche am Kreuze hängt, als Christus in der Zeit seines Leidens. Einen Kranken hat man zum Christus machen wollen, sein Haar reichte ihm schon bis zu den Knien, aber er hatte keine Lust und schnitt sich die Haare mit der Hosenschnalle ab. Ein Kranker ist Gott selbst, der, auf den alle Welt hört, der die Welt erlöst hat, von dem Alles in der Welt kommt, der goldene Worte spricht, der den heiligen Geist besitzt. Weiter finden wir ein Alleinstehen in der Weltgeschichte, besondere Missionen, Berufung von Gott als Kaiser und König über alle Gläubigen zu regieren, Auftrag von Gott, alle Juden umzukrempeln und zu Menschen zu machen. Gott übergiebt alle Macht über die Erde, die Weltregierung, das höchste Kommando, die Oberaufsicht über die Anstalt. Weiter sehen wir einen Prediger, einen bedeutenden Prediger, der Kranke dadurch heilen kann, dass er sie auf seiner Pfeife rauchen lässt, einen Vater, dessen Kinder die 12 Apostel sind, einen Mann, der die ganze Bibel auswendig weiss, einen andern, der im Stande ist Bibeln zu verfassen. Andere sind Künstler, ein Zauberkünstler, der im Geist arbeitet und 2 Schatten besitzt, der stärkste Mann der Welt, der 4 der Stärksten auf einmal bezwingt; wir sehen einen Mann, der eine Tonne Cement heben kann und dafür das Eiserne Kreuz I. Klasse verdient, den Besitzer einer verwunschenen Prinzessin, den Träger der deutschen Kaiserin.

Fast alle haben grosse Besitzthümer, Landgüter, Rittergüter, Herzogthümer, Königreiche, einem gehören so grosse Länderstrecken in Amerika, dass er jedesmal fürs Rasiren ein Stück Land verschenken kann. Vermögen, das von Tausenden bis in die Millionen reicht, grosses jährliches Einkommen, Pensionen, grossen Verdienst, einer besitzt 180 Millionen und eine monatliche Rente von 75 Mk. Andere werden Millionen erben, das grosse Loos gewinnen, Schätze

graben, einer giebt an, in der heiligen Schrift stehe, dass ihm der ganze Wald gehöre.

Der eine macht aus Sand den fruchtbarsten Boden, der andere arbeitet an dem Plan, einen unterirdischen Gang unter die ganze Erde zu legen, ein dritter kann sich aus Koth einen Telephon herstellen.

Grosser Patriotismus ist häufig vorhanden, man dient dem Kaiser treu, es wird der Hochschwur geleistet, dem Vaterlande stets zu dienen, deshalb kommt einer dem geflüchteten Kaiser zur Hilfe, einer hat den Krieg gegen Frankreich ganz allein geführt, einer anderer hat ganz allein Napoleon gefangen genommen, einer hat den ganzen Reichstag gemacht. Ein Geselle versichert, Frankreich, Russland, den Ural und ganz Asien bereist und unterwegs einen Mann getroffen zu haben, dem die halbe Welt gehörte, ein anderer hat Alles durchgemacht, in London in der Festung, in Aegypten im Gefängniss gesessen, es giebt überhaupt kein Gefängniss, in dem er nicht schon gewesen ist.

Die Stimmung unserer Kranken ist vorwiegend gehoben, häufig mit etwas humoristischer Färbung, zwischendurch können jedoch Zeiten stärkerer Gereiztheit und Erregungszustände mit lebhaftem zornigen Affect sich einstellen.

Das Handeln dieser Kranken zeichnet sich vielfach durch grosse Brutalität aus. In 10 Fällen waren schon vor der Aufnahme zu Hause thätliche Angriffe und Misshandlungen der Angehörigen vorgekommen. Nur 3 Kranke konnten in der Anstalt als durchweg harmlos bezeichnet werden, während bei den anderen mehr oder weniger heftige Erregungszustände auftraten, in denen oft thätliche Angriffe gegen Mitkranke und Wartepersonal vorkamen; jedoch wurden diese Erregungszustände durchgehends bei längerer Anstaltsbehandlung milder und verschwanden oft ganz.

Das äusserliche Verhalten ist, abgesehen von den Erregungszuständen, meist geordnet, die Kranken halten auf ihr Aeusseres und werden in der Regel fleissige Arbeiter.

Eine wirkliche Heilung sahen wir unter unseren Fällen nicht, jedoch zuweilen oft erst nach vielen Jahren eine weitgehende Besserung, so dass die Kranken wieder entlassen werden konnten. Den Ausgang in hochgradigen Blödsinn erblickten wir nicht, auch

in den ungünstigen Fällen bewahrten die Kranken so ziemlich den Grad der geistigen Fähigkeiten, den sie mitbrachten.

Dass eine Heilung bei den chronischen Formen nicht vorkomme, geben auch *v. Speyr*, *Schüle, Ziehen* an, während *Mayser*[1]) betont, dass auch sie in Genesung übergehen können; ob allerdings der als Beispiel veröffentlichte Fall gerade schon als chronisch gelten kann, da bereits nach ca. 4—5 Monaten die Besserung einzusetzen scheint, lasse ich dahingestellt sein.

Dass in unseren Fällen etwa eine Verwechselung mit der Paralyse vorliegen könnte, ist wegen der fast überall über viele Jahre sich erstreckenden Beobachtungszeit ausgeschlossen, während bei 3 Fällen, die unter 3 Jahren nach Ausbruch der Krankheit der Beobachtung entrückt wurden, die Möglichkeit einer Paralyse sehr weit ablag.

Wie schon mehrfach hervorgehoben, handelt es sich bei den beschriebenen 4 Gruppen als Unterlage für die Krankheit überall um chronischen Alkoholismus. Warum nun aber in dem einen Fall die, in dem anderen Fall eine anders geartete Psychose entsteht, dafür dürfte sich aus dem vorliegenden Material, weder in der Dauer noch in der Art des Genusses des die Erkrankung erzeugenden Giftes, noch in der erblichen Belastung, dem Lebensalter oder in etwaigen Begleitumständen eine Erklärung finden.

Zum Schluss erlaube ich mir meinem hochverehrten früheren Chef, dem Herrn Sanitätsrath Director Dr. *Knecht*, für die mannigfache Anregung bei dieser Arbeit und für die Ueberlassung des Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

---

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 42 S. 114.

Ueber die Bettbehandlung bei chronischen Psychosen.

Von

Dr. **Adolf Würth,**

Oberarzt an der Grossherzoglichen Landesirrenanstalt Hofheim.

Die Bettbehandlung speciell der acuten Psychosen hat im Laufe der letzten Jahrzehnte allmählich in der Anstaltsbehandlung immer mehr Eingang gefunden, sie verdankt ihre rationelle Anwendung und Durchführung als Anstaltsregime, ihre zunehmende Verbreitung nicht zum wenigsten der warmen Befürwortung *Clemens Neisser*'s, der in den letzten 10 Jahren bei verschiedenen Gelegenheiten für sie eintrat und ihre generelle Durchführung zur therapeutischen Beeinflussung bestimmter Psychosen innerhalb und ausserhalb der Anstaltspflege verlangte. Seine Forderungen haben von verschiedener Seite Widerspruch gefunden; die hohe Werthschätzung derselben als wirksames Mittel zur Bekämpfung von Aufregungszuständen wurde als fraglich und auf rein subjectiver Einschätzung der Erfolge beruhend dargestellt. *Neisser* hielt es gegenüber derartigen Einwänden für inopportun, den Beweis zu führen, dass dieselben Fälle bei anderem Verfahren ein anderes Bild geboten, einen anderen Ausgang genommen haben würden. Einen sicheren Nachweis bei acut Erkrankten zu führen, erscheint auch mir bei dem häufigen Wechsel der in Betracht kommenden Psychosen nach Dauer und Verlauf als schwierig, ich möchte daher im Folgenden den Versuch

machen, an der Hand einer grossen Versuchsreihe den Beweis
führen, dass die Wirkung der Bettbehandlung als therapeutisch
Mittel bei unruhigen chronisch Geisteskranken eine ganz erheblic
und segensreiche für die Kranken selbst und für die Anstalt i
Ich glaube, dass das zu diesem Versuch herangezogene Kranke
material unserer Frauenabtheilung, das sich fast durchweg sch
seit Jahren auf der unruhigen Abtheilung befand, gegenüber de
Einwand bestehen kann, dass die seit Einführung der Bettbehan
lung eingetretenen auffallenden Veränderungen bestimmter Krankhei
äusserungen ihre Erklärung in Zufälligkeiten findet; die Gleicharti
keit und Gemeinsamkeit aller seitdem aufgetretenen Veränderung
wird mir den Beweis erleichtern, zumal da durch die in unser
Anstalt bestehenden, wesentlich statistischen Tagesrapporte mir d
Mittel an die Hand gegeben waren, die Beobachtungen vor u
während der Einführung der Bettbehandlung zu vergleichen. Vo
ausschickend will ich zur allgemeinen Orientirung bemerken, da
unsere zur Zeit noch auf das hochgradigste überfüllte Frauena
theilung bei einem durchschnittlichen Krankenstand von 520 Köpf
für den ärztlichen Dienst in zwei Theile getheilt ist, von welche
der hier in Betracht kommende und in meiner Behandlung stehen
die unruhige und sogenannte halbruhige Abtheilung mit cir
150 Köpfen enthält, der Rest von circa 100 Kranken meiner Al
theilung besteht aus neu aufgenommenen überwachungsbedürftige
oder socialen und sich beschäftigenden Kranken.

Von April dieses Jahres wurde unsere unruhigste Abtheilun
die am Tage sich in 82 qm (322 cbm) grossen Tagesräumen un
in der Nacht in einem 206 qm (721 cbm) grossen Schlafraum b
fand, ganz unvermittelt zum grössten Theil dauernd der Bettb
handlung unterzogen. Nach zwei weiteren Monaten trat die glei
grosse Anzahl aus der sogenannten halbruhigen Abtheilung hinz
sodass am Ende des ersten Vierteljahres 100 chronisch Unruhig
die seither in Tagesräumen untergebracht waren, dauernd m
Bettlage behandelt wurden. In der folgenden Tabelle sind a
unseren Tagesrapporten eine Reihe von zahlenmässigen Fes
stellungen bestimmter für die Würdigung der Bettbehandlun
wichtiger Punkte aus dem letzten Halbjahr vor Einführung un
dem Halbjahr während der Einführung der Bettbehandlung auf de
unruhigen Abtheilung eingetragen.

Jahr und Monat		In Bettbehandlung am 1. des jeweiligen Monats	Summe der				Feste Kleider (Dröll), Schuhe u. Handschuhe erhielten
			Gewaltthätigen	durch Kranke Verletzten	Isolirungen	dauernd mit Narcoticis Behandelten	
1900	Oktober	49	553	4	553	77	36
	November	53	543	5	661	83	34
	Dezember	55	572	5	614	82	43
1901	Januar	59	542	5	601	72	40
	Februar	52	530	6	555	77	40
	März	61	518	7	678	88	39
	April	59	425	5	503	55	40
	Mai	103	290	4	314	39	22
	Juni	103	338	4	309	22	24
	Juli	147	393	4	312	36	19
	August	146	210	3	322	38	19
	September	150	192	0	324	41	21

Die erste Wirkung der Einführung war zunächst die, dass wir auf der bis zum Unerträglichen überfüllten unruhigen Abtheilung etwas Luft schafften, dass wir den Schlafsaal, in dem Bett an Bett mit einem kaum passirbaren Zwischenraum nebeneinander gereiht war, zu einem geringer belegten Bettsaal für einen Theil der erwähnten Kranken umwandeln konnten. Denn durch die Belegung der früheren Tagräume gewannen wir eine Reihe freier Plätze zum Aufstellen von Betten und zugleich die Möglichkeit, nach Art und Krankheitsäusserungen der verschiedenen Kranken individualisirende Auswahl zu treffen. Die Zahl derartiger Räume wurde glücklicherweise noch dadurch vermehrt, das in Folge der geringer werdenden Zahl von Isolirungen die dauernd frei werdenden Zellen mit Betten belegt und dadurch zu Aufenthaltsräumen ganz bestimmter Categorien von Kranken benutzt werden konnten. Es waren dies im Wesentlichen durch beständiges monotones Jammern oder Schreien störende, nicht gewaltthätige Kranke, die in Zellen mit tauben oder schwer verblödeten anderen Kranken zusammen untergebracht wurden. Die Abtrennung gerade solcher monotoner Schreier, die mit harmlosen unempfindlichen Kranken zusammen in kleinen Räumen untergebracht werden, halte ich bei Versuchen,

die Bettbehandlung bei einem durch Ueberfüllung der Anstalt und seit Jahrzehnten durch den Aufenthalt in Tobabtheilungen besonders schwierig zu behandelnden Material durchzuführen, für ein unbedingtes Erforderniss, um gleich am Anfang günstige Resultate zu erzielen. Denn es ist eine alte Erfahrung, dass eine lärmende, unruhige Kranke oft eine ganze Abtheilung unruhig macht, und dass die Ruhe oder Unruhe dieser Abtheilung besonders des Nachts von der rechtzeitigen Entfernung gerade dieses einen Ruhestörers abhängen kann. Es erscheint mir daher auch ein wesentliches Erforderniss beim Neubau von unruhigen Abtheilungen, die Krankenräume nicht zu gross zu gestalten, und jeder Versuch durch Anlegung von grossen Massenräumen zur Unterbringung tobsüchtiger Kranken als eine systematische Misshandlung derselben.

Was nun die Bettbehandlung von lärmenden und dabei nicht gewaltthätigen Kranken in unseren Isolirzellen anlangt, so muss ich gestehen, dass ich über die Resultate gerade hier am wenigsten erbaut war. Man konnte am Anfang, als die Zellen wegen der bequemeren Beaufsichtigung nebeneinander lagen, oft Concerte hören, die nach Intensität und Wirkung dem Lärm auf den früheren Tagsälen sich würdig an die Seite stellen konnten. Doch das war nur vorübergehend. Die betreffenden Zellen wurden von einander gelegt, die Schreier wurden durch die Umgebung von stumpfen, der Aussenwelt wenig zugewandten Elementen, wie *Neisser* sagt, lebendig isolirt und das Bild wurde anders. Und nicht allein in den Zellen.

Dabei wurde das Personal zur Beaufsichtigung der betreffenden Kranken nicht vermehrt; während früher in den beiden unruhigen Tagsälen 6 Wärterinnen die Aufsicht führten, soweit dies möglich war, wurde die gleiche Anzahl auf 3 Säle vertheilt; die Kranken, die sich in den früheren Zellen in Bettlage befanden, wurden von der Zellenwärterin beaufsichtigt. Selbstverständlich blieben bei jeder Bettabtheilung einige Zellen für sehr störende oder aus sonstigen Gründen unsociale Kranke frei. Ich halte es auch nicht für unbedingt erstrebenswerth und bei unserem Material für möglich, ohne Isolirung auszukommen. Es ist ja richtig, dass eine Isolirung für den betroffenen Kranken oft keine therapeutische Massregel mehr ist, um so mehr aber für die unter den unsocialen Eigenschaften desselben leidenden Mitkranken. Wie bei der Durch-

führung grosser hygienischer Massnahmen der Einzelne sich manchmal zu seinem Nachtheil dem allgemeinen Wohl unterordnen muss, so ist es auch mit der Isolirung. Wo Erscheinungen bei einem Kranken auftreten, die denselben selbst im Rahmen der Anstaltsbehandlung für längere oder kürzere Zeit als hochgradig gemeingefährlich erscheinen lassen —, ich denke z. B. an eine gelegentlich ihrer Erregungszustände durch Beissen ihre Umgebung bedrohende Kranke, die durch Bissverletzungen den Tod einer Mitkranken herbeigeführt hat — da wird die Rücksicht auf das Wohl der Allgemeinheit gegenüber dem des Individuums vorangehen müssen, ganz abgesehen davon, dass der Nachtheil einer Isolirung für den betroffenen Kranken ein so erheblicher nicht ist, wie dies neuerdings so oft betont wird. Ich kann mir wenigstens nicht denken, dass ich eine verblödete und ungemein robuste Kranke mit plötzlich auftretenden schweren Erregungszuständen dadurch inhuman behandele, dass ich sie dauernd isolire und ihre Umgebung vor Insulten und sie selbst vor zwecklosen Kämpfen und Balgereien bewahre.

Etwas Anderes ist es bei den vorübergehend erregten gewaltthätigen oder zerstörenden und sich entkleidenden Kranken, die uns durch die Bettbehandlung fast kaum noch in die Nothwendigkeit versetzen, zu isoliren.

Eine weitere Erleichterung zur rationellen Bettbehandlung lässt sich erreichen durch Anleitung zu einer regelrechten Beschäftigung oder durch Ablenkung durch Lectüre und Ueberlassung von illustrirten Zeitschriften und Tageszeitungen à fonds perdu.

Bei Frauen ist die Beschäftigung im Bett eine verhältnissmässig leichte, weil man sie fast immer zum Stricken veranlassen kann, wenigstens so weit es sich um eine Beschäftigung handelt, bei welcher die Gefahr einer Beschädigung der arbeitenden oder umgebenden Kranken durch das hierzu nöthige Handwerks- und Arbeitsmaterial eine verschwindend geringe ist. Es gehört am Anfang natürlich viel Geduld und Ausdauer von Seiten des Personals dazu, denn oft genug werfen anfangs die Kranken der unterweisenden Wärterin oder dem sie aufmunternden Arzt das Strickzeug an den Kopf, um schliesslich doch dem Einfluss des Milieus und den Einwirkungen der Umgebung zu unterliegen. Ich lege dem Personal gegenüber Werth darauf, dass die Beschäftigung lediglich als thera-

peutische Einwirkung betrachtet und weniger auf einen erheblichen Arbeitserfolg gesehen wird. Der motorische Drang einzelner Kranker wird durch eine geeignete Beschäftigung in vernünftige Bahnen gelenkt, die sonst stereotype Neigung zum Zerstören und Zerfasern der Kleidungsstücke und des Bettwerks hört auf und damit die Nothwendigkeit, die Zerstörungssucht aus ökonomischen Rücksichten durch die hässlichen Dröllkittel, Lederhandschuhe und Schuhe mit Schraubenknöpfen zu verhindern. Die Bettbehandlung hat, wie die angeführten Zahlen beweisen, noch hierin Wandel geschaffen, wenn auch noch Manches anders sein könnte. Jedenfalls hat die Neigung zum Zerstören, trotzdem mit den erwähnten Beschränkungsmitteln erheblich heruntergegangen wurde, sich wesentlich verändert, es ist keineswegs so, dass die Bettbehandlung eine Verschlimmerung gebracht hätte; Vergleiche aus einem Zeitraum (ein Vierteljahr) aus dem Vorjahre mit den gleichen seit Einführung der Bettbehandlung ergab das überraschende Resultat, dass auf der unruhigen Abtheilung (ca. 70 Betten) an zerstörtem Bettwerk ca. 7 Mk. und an Kleidern ca. 365 Mk., also insgesammt für 372 Mk. bei der Bettbehandlung erspart wurden. Derartige Summen wollen allerdings bei dem Etat einer grossen Anstalt nicht viel besagen, sie gewinnen aber bei ihrer Beziehung zur Betttherapie eine erhebliche symptomatische Bedeutung.

Ebenso scheinen mir weniger vom Standpunkt der Sparsamkeit als aus hygienischen Erwägungen die Vortheile erwähnenswerth, die durch den geringeren Verbrauch von Narcoticis in Erscheinung treten. Nach Einführung der Bettbehandlung verringerte sich die Zahl der mit narcotischen Mitteln behandelten Kranken um die Hälfte, ohne dass sich das Material der Kranken (es erfolgten seit Einführung der Bettbehandlung ca. 40 Neuaufnahmen) wesentlich geändert hätte. Ebensowenig war der Grund für diese Veränderung in einem Wechsel der Person oder der Auffassung des ordinirenden Arztes bei der Anwendung von Schlafmitteln zu suchen. Indes bleibt die Zahl der dauernd der Narcoticis bedürftigen Kranken immer noch eine verhältnissmässig hohe. Die Raumverhältnisse und die bei dem zur Zeit stattfindenden Ausbau unserer Anstalt noch nicht genügend erweiterte Wasseranlage geben uns zu hydrotherapeutischen Versuchen noch nicht genügend Gelegenheit. Einige wenige Versuche waren bis jetzt nicht sehr ermuthigend und ich

muss gestehen, dass ich auch in späterer Zeit bei günstigeren Verhältnissen mit einem gewissen Misstrauen einem dauernden Erfolg entgegensehe. In einigen Fällen foudroyanter Erregung habe ich Dauerbäder mit dem Erfolg versucht, dass die Kranken ebenso unruhig blieben wie zuvor, vielmehr konnte ich die beruhigende Wirkung an dem erschöpften Personal bemerken, das bei der grossen Unruhe der Kranken, dem ständigen Umherspritzen mit Wasser im eigentlichen Sinne mitgebadet hatte. Doch will ich mich jeglichen Urtheils enthalten im Hinblick auf die eigene geringe Erfahrung und die Erfolge, die von vielen Seiten der Hydrotherapie, insbesondere den Dauerbädern, nachgerühmt werden.

Von einem ganz erheblichen Einfluss zeigt sich die Bettbehandlung bezüglich der socialen Eigenschaften der Kranken unter sich. Die gewaltthätigen Angriffe, die bei der früheren Tagsaalbehandlung an der Tagesordnung waren, die Verletzungen von Mitkranken und Personal, die Raufscenen besonders während der ärztlichen Visite sind erheblich geringer geworden; die ärztliche Visite giebt uns trotz der hochgradigen Ueberfüllung und Anhäufung von chronisch unruhigen Elementen die Möglichkeit, sich mit dem Einzelnen wirklich zu beschäftigen und ihn zu beobachten, während man vorher sich zu gewissen Zeiten darauf beschränken musste, sich und seine äussere Hülle vor Schaden zu bewahren.

Die Beschränkung der Gewaltthätigkeit und damit die Hebung der socialen Eigenschaften chronisch unruhiger Geisteskranker ist nach meiner Beobachtung einer der hauptsächlichsten Vortheile der Bettlage. Dass diese der wesentlichste Factor bei der Abwägung der Wirkungen der Bettbehandlung ist und nicht etwa die gleichzeitig eingetretene Vertheilung der betreffenden Kranken auf verschiedene Räume und eine Vergrösserung derselben durch Benutzung der Zellen geht aus der Thatsache hervor, dass dann, als aus baulichen Gründen, der mit 36 Betten belegte Hauptsaal für die Dauer von drei Tagen geräumt wurde und die Kranken sich während des Tages in dem räumlich viel grösseren Garten aufhalten mussten, sich die Zahl der nach den letzten Monatszahlen durchschnittlich Gewaltthätigen während dieser Tage verdoppelte und mit dem Eintritt der Bettlage wieder zu dem gewöhnlichen Durchschnitt zurückkehrte. Die Verminderung der Angriffe auf Kranke und Personal, die Einschränkung der hierdurch hervor-

gerufenen leichteren und ernsteren Verletzungen bedeutet ei
therapeutischen Erfolg auch dann, wenn wir auf unser höch
oft noch so fernes Ziel, zu heilen, verzichten. Denn mit der M
lichkeit, unsere Kranken socialer zu machen, verschaffen wir
zugleich auch die Gelegenheit, denselben alle Vortheile
modernen Irrenpflege zuwenden zu können, sowohl durch beh
lichere Ausgestaltung der Wohnräume, der Gärten, der Darreich
der Mahlzeiten als auch durch die grössere Möglichkeit für
und Personal, sich eingehender mit dem Einzelnen beschäftigen
können. Dabei ist nicht zu vergessen der grosse für jeden
sucher sofort in die Augen fallende Unterschied zwischen Tagsä
und Bettabtheilungen für Unruhige. Die modernen Bestrebun
der heutigen Psychiatrie suchen überall und bei jeder Gelegen
gerade dem Laien vor Augen zu halten, dass Irrenanstalt
Krankenhaus nur äusserlich verschiedene Begriffe sind, und
Versuche, durch freie Abtheilungen, Wegfall der Zellen und
vergitterten Fenster auch die äusseren Unterschiede zu verwisch
mehren sich immer mehr und dabei scheut man sich noch
einen so in die Augen fallenden und fundamentalen Untersch
einen jeder gärtnerischen Anlage entbehrender Tobhof, eine
theilung für Tobsüchtige, als dauernden Aufenthalt für Kra
fallen zu lassen und Krankengärten und Krankensäle, wie man
nur im Krankenhaus kennt, dafür zu substituiren. Dazu kon
nun noch jenes in Heil- und Pflegeanstalten so zahlreiche Mate
von abgelaufenen verblödeten Fällen, die trotz aller Sorgfalt jed
Versuch, sie im Aeusseren und in Kleidung an unsere Lebe
gewohnheiten anzupassen, trotzen und gerade dadurch den Un
schied zwischen Einst und Jetzt, zwischen geistiger Gesundheit
geistigem Verfall auf die Angehörigen und Nahestehenden ei
ausserordentlich traurigen und peinlichen Eindruck machen. A
dies fällt bei Bettlage viel mehr weg. Es ist dies gewiss e
Aeusserlichkeit und kein besonders sachlicher Grund, aber
haben im Laufe der letzten Jahrzehnte viel mehr aus Gründen
Aeusserlichkeit als von praktischen Rücksichten geleitet die Fenst
vergitterung in den neuen Anstalten vermieden, obwohl der Nü
lichkeitsstandpunkt vielmehr für ihre Beibehaltung sprach nnd
der Bettbehandlung sprechen die praktischen Vortheile bei unse
unruhigen Kranken eine überzeugende Sprache.

Man hat der Bettbehandlung nachgesagt, dass sie die Kranke anämisch mache und körperlich herunterbringe, ich habe die Zu- und Abnahme des Körpergewichts von 63 während des letzten Halbjahrs dauernd der Bettbehandlung unterzogenen Kranken unserer unruhigen Abtheilung verglichen und dabei ergab sich, dass von 63 Kranken 30 an Körpergewicht abgenommen, 28 zugenommen und 5 am Ende des Halbjahrs auf ihrem alten Körpergewicht stehen geblieben waren. Bei der relativ kurzen Zeit sind dies noch keine einwandsfreien Resultate. Sie sind immerhin deswegen zu beachten, weil die Verköstigung gegen früher nicht geändert worden war.

Die Durchschnittszahlen unserer Unreinen und Schmierer haben sich unter der Bettbehandlung nicht wesentlich verändert.

Fasse ich daher die Resultate der halbjährigen Bettbehandlung von ca. 100 chronischen Kranken unserer unruhigen Abtheilung zusammen und vergleiche damit das Ergebniss aus dem unmittelbar vorausgegangenen Halbjahr, so ergiebt sich Folgendes:

1. Durch die dauernde Bettlage werden auf Abtheilungen für chronisch unruhige und erregte Kranke die socialen Eigenschaften erheblich gebessert, Gewaltthätigkeit und Zerstörungssucht wesentlich vermindert.
2. Die Nothwendigkeit, Zwangsmittel, Isolirung und Narcotica anzuwenden, wird geringer.
3. Ein erheblicher Einfluss dauernder Bettlage auf das Körpergewicht ist nicht nachweisbar.
4. Da, wo getrennte überfüllte Tag- und Nachträume für Unruhige bestehen, ist deren gemeinsame Belegung und Einrichtung zur Bettbehandlung das beste Mittel innerer Evacuation.

Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie.

III. Hysterie mit katatonischen Stuporzuständen.

Von

Dr. **O. Kaiser**-Alt-Scherbitz.

Fall III. Fräulein B. ist geboren am 27. März 1850. Der Vater ist an einem Rückenmarksleiden gestorben, eine Schwester ist sehr nervös, ein Bruder soll gleichfalls nervös sein. Patientin ist von zarter Constitution, cholerischem Temperament, besuchte nur drei Jahre die Schule, musste sie wegen Krankheit verlassen; beschäftigte sich mit leichten Handarbeiten. In der Entwickelungszeit starke Beschwerden durch eine Anteflexio Uteri. Wegen einer Mastdarmfistel 1874 Durchschneidung des Sphinkter, seitdem leichte Incontinentia alvi. Die geistige Erkrankung soll sich allmählich in der Jugend entwickelt haben, Genaueres darüber ist nicht angegeben. Von 1876 bis 1889 brachte sie in der Landesirrenanstalt S. zu, wurde am 9. December 1889 versuchsweise nach Hause entlassen. Eine Krankengeschichte war in S. leider nicht vorhanden. Es bestanden nach der Entlassung noch Gehörshallucinationen und zeitweilig Erregungszustände, in denen sie ihre Angehörigen bedrohte. Das Zusammensein mit der gleichfalls sehr nervösen und reizbaren Schwester führte schliesslich zu solchen Unzuträglichkeiten, dass ein weiteres Verbleiben in der Familie nicht möglich war.

Patientin wird am 1. April 1892 hiesiger Anstalt zugeführt. Die anamnestischen Angaben, welche die Kranke am Tage der Aufnahme und später machte, und welche sich daher in der Krankengeschichte zerstreut finden, stelle ich der Uebersichtlichkeit wegen hier zusammen: Patientin wurde 1874 wegen einer Mastdarmfistel operirt. Sie wurde dann sehr matt, schwach, still und leutescheu, etwa $1^1/_2$ Jahr lang. Dann hatte sie etwa drei Wochen lang eigenthümliche Empfindungen im Kopfe und merkte, dass es nicht ganz richtig mit ihr sei. Dann brach die Geisteskrankheit aus, nachdem die Aerzte angeblich schon vorher gesagt hatten, der Aus-

bruch der Krankheit sei unvermeidlich. Es fing damit an, dass sie ein singendes Geräusch unter dem Bette hörte, dann öffnete sich Nachts der Boden, und es stieg ein Mann heraus, der jede Nacht wieder erschien. Er sagte ihr jedesmal, sie solle hingerichtet werden, ausserdem, es sei Sympathie gegen die Unterleibsentzündung. Der Mann kam jeden Abend in anderer Gestalt und zwar immer als das, wovon sie gerade am Tage gelesen hatte, als Graf, Prinz, zuletzt als Tyroler und spielte auf Tyroler Instrumenten. Sie schrie dann auf, wurde erregt und sagte, man habe sie verrückt gemacht. Darauf stellten sich massenhafte Sinnestäuschungen ein: sie sah Särge und Schneeberge, in allen Zimmern waren Handwerksburschen, die auf sie einredeten. Die Bilder kamen von den Wänden. Sie sah, wie ihr der Kopf heruntergeschlagen und in den Schrank gehängt wurde. Das ganze Zimmer und die Dächer der umliegenden Häuser waren voller Todter und Menschen. Dann traten Stimmen auf, welche ihr Befehle ertheilten, z. B. das Essen wegzuwerfen. Sie glaubte, es sei Alles vergiftet. Anfangs hatte sie noch die Herrschaft über ihre Stimmen, sobald sie aber die Herrschaft verlor, wurde sie tobsüchtig und kam nun in die Irrenanstalt S. Die Stimmen waren hier unverändert, es waren 10—12 Stimmen. Trotzdem konnte sie sich noch anfangs beschäftigen und spaziren gehen. Dann wurde sie durch einen Schrecken, Zuschlagen des Deckels eines Nachtstuhles, ganz stumm und lag so vier Jahre lang, hörte während der ganzen Zeit massenhafte Stimmen. Sie war von 1876 bis 1880 fast dauernd im Bette, litt am Blinddarm, Mastdarm, war schlaflos, hatte furchtbares Herzklopfen, das Herz soll nach Aussage des Arztes (NB. Angabe der Patientin) bis in den Unterleib gereicht haben. Sie weinte Monate lang, wusste nicht, was man mit ihr machte. Den Stimmen musste sie immer leise antworten, auch Mundgespräche musste sie führen, d. h. ihr Mund führte lange Gespräche, auf die sie mit dem Willen keinen Einfluss ausübte, der Mund bewegte sich indessen nicht dabei. Sie sah Gestalten auf sich zukommen, körperlich, jedoch nur bis zur Brust abwärts. Wenn diese in die Nähe ihres Gesichtes kamen, befiel sie heftige Angst; sobald sie an ihr Gesicht stiessen, zerstoben sie. An der Wand sah sie lange Reihen von farbigen Bildern vorüberziehen, Hasen, Hunde, Vögel, Menschen, wie mit der Laterna magica. Den Körper eines ermordeten Arztes sah sie in einem Sacke an ihrem Bette hängen. Einmal bildete sie sich ein, eine graue Maus sässe auf ihrer linken Hüfte, sie hat sie sitzen sehen und gefühlt. Einmal glaubte sie, sie könne bauchreden, da sie Stimmen aus ihrem Leibe hörte. Auch unterhalb des Bettes hörte sie Stimmen. Die Stimmen waren zweierlei, solche, welche mit ihrem Denken im Zusammenhange standen: sie sprachen ihre Gedanken aus, beantworteten sie, und solche, welche mit dem Denken nicht zusammenhingen: sie sagten selbst Dinge, von denen sie nie vorher etwas gehört hatte. Ein Jahr lang hatte sie auf einer groschengrossen Stelle am Rücken einen heftigen Schmerz, welcher jeder Behandlung, auch Metallotherapie, spottete und welcher ebenso plötz-

lich verschwand, wie er gekommen war. 1884 war sie sieben Monate lang zu Hause, kam dann nach S. zurück, wo sich ihr Zustand wieder verschlimmerte, weil sie keine Geisteskranken um sich sehen konnte. Dann trat aber allmähliche Besserung ein, so dass sie 1889 nach Hause entlassen werden konnte. Hier ging es ganz gut, doch verloren sich die Stimmen nicht, sie hatte aber die Herrschaft über dieselben. Erst als sie die Herrschaft verlor, kamen wieder Tobsuchtsanfälle, und sie kam hierher.

Patientin klagt, seit 8 Wochen fehlen die Menses, die vorher vierzehntägig waren. Die Stimmen, die sie jetzt höre, seien nervös. Sie dürfe nicht mit Strenge behandelt werden. Die Influenza habe sich bei ihr auf Rücken und Zwerchfell geworfen. Ihre Zunge sei nicht rein, stark belegt, sie leide viel Durst, der Urin sei wasserhell, sie habe Unterleibsbeschwerden, gegen die Obstipation helfen weder innere Mittel noch Clystiere, gegen die Schlaflosigkeit weder Chloral noch Sulfonal. Sie habe seit neun Wochen nicht geschlafen und nichts gegessen. Sie leide an Mattigkeit, Mandelentzündung, Nervenschmerzen, Sodbrennen, Unterleibsschmerzen, Appetitlosigkeit, Halsschmerzen, Mastdarmbeschwerden. Sie sei schon mit Operationen, Eisen, Brom, Chinin, Elektrizität, Abreibungen, Voll- und Halbbädern, Einwickelungen behandelt und bedürfe jetzt absoluter Ruhe und Ablenkung, um sich zu erholen. Ihr letzter Arzt habe die Absicht gehabt, sich täglich sechs Stunden mit ihr zu beschäftigen.

2. April 1892. Schlaf öfters durch Husten unterbrochen, Appetit sehr gut, Einlauf mit gutem Erfolge. Trotzdem klagt Patientin, sie habe gar nicht geschlafen, der Einlauf habe nicht gewirkt, der Appetit sei mangelhaft; sie sei so schwach, dass sie das Closet nicht aufsuchen könne, habe Kinnladenkrampf, Leibschmerzen, verlangt Umschläge, Opium und Anderes.

8. April. Täglich neue Klagen; ist zufrieden, wenn man dieselben geduldig anhört.

22. April. Beschäftigt sich etwas, zeigt Theilnahme. Klagt über zahllose körperliche Beschwerden, was mit ihrem wirklichen Befinden kontrastirt.

29. April. Macht ohne Mühe mehrstündige Spaziergänge, trotzdem verstummen ihre Klagen nicht. Hört Stimmen, um die sie sich aber nicht kümmert.

Ich kürze die recht umfangreiche Krankengeschichte von nun an erheblich ab, da sich immer dasselbe wiederholt.

17. October. Schrieb einen sehr konfusen Brief, sonst unverändert, voll hysterischer Klagen.

7. November. Klagte gestern über Schmerzen in Schulter, Arm, Athembeklemmung. Bettruhe verordnet. Will nicht liegen bleiben, schimpfte auf Arzt und Wärterin. In den Wachsaal verlegt, schimpfte ununterbrochen.

8. November. Heute ruhig, ausser Bett.

13. December. Gestern unleidlich, klagte über zahllose Schmerzen, verlangte Arznei, wurde heftig, als sie diese nicht erhielt, schimpfte, weinte,

später abweisend, sprach nicht, kehrte den Rücken, verhüllte ihr Gesicht. Ordin. 5,0 Bromkali.

3. Februar 1893. Voll hysterischer Klagen, aber stets gesund, sobald es gilt, ein Vergnügen mitzumachen.

13. Februar. In raschem Wechsel todtkrank und kreuzfidel.

6. März. Stets launisch, klagt, dass sie nicht genug Arznei bekomme.

13. April. Regt sich über jede Kleinigkeit auf, wechselnd in ihrem Verhalten, bald sterbenskrank, bald ausgelassen, bald ganz abweisend und stumm, bald durch Schimpfen und Lärmen sehr störend.

3. Juli. War wegen störenden Lärmens fünf Tage isolirt, schimpfte über Alles, glaubte sich verlacht, schlecht behandelt, schlug eine Scheibe ein, warf das Nachtgeschirr hinter dem Arzte her, hat zahlreiche Klagen.

22. Februar 1894. Schrie und tobte, zerschlug einen Stuhl, musste isolirt werden.

23. Februar. Spricht heute kein Wort.

27. Februar. Wieder zugänglich, aber voller Klagen.

3. April. Ruhig und freundlich, lobte in einem Brief an den Bruder die Anstalt und die Behandlung.

26. Juni. Wieder unleidlich, gefällt sich darin, Aerzte und Wartepersonal durch infame Anschuldigungen in ein schlechtes Licht zu stellen und die ganze Anstalt herunter zu machen, sich selbst als die grosse Dulderin hinzustellen.

25. September. Heute ganz konfus, schwatzt verworrenes Zeug durcheinander, schimpft in gemeiner Weise auf die Anstalt. Glaubt, man wolle sie operiren, hat zahlreiche Gehörshallucinationen. Aeusserst reizbar. In den Wachsaal ins Bett.

2. October. Noch ganz verwirrt, öfter unsauber, zerreisst das Bettzeug, behauptet, Katzen sässen im Bette; hört Stimmen, sieht Gestalten.

9. October. Hallucinirt sehr stark, springt oft plötzlich aus dem Bette, rennt in eine Ecke, schlägt um sich. Glaubt, das Angstgeschrei ihrer Schwester und ihres Bruders vernommen zu haben, diese würden reinewegs zerschnitten, vor der Thür sei bereits ein Sarg, um sie hineinzupacken und fortzuschaffen. Sie werde von einer Frau nebenan und oben auf das scheusslichste beschimpft. Grosse Thiere kämen auf sie zu, um sie zu fressen. Lärmt und schreit, verunreinigt das Zimmer.

16. October. Unverändert. Sagt, sie wolle sich nicht von den Stimmen und Leuten über ihr und draussen beschimpfen lassen; im Bette seien Fische, die sie verschlingen wollten, der Kopf sei ihr abgeschlagen.

30. October. Glaubt ermordet zu werden, sieht Hunde im Bette, hört den Onkel und den Bruder schreien.

9. November. Ruhiger, äussert weniger Sinnestäuschungen, dafür zahlreichere körperliche Beschwerden.

13. November. Giebt zu, noch Stimmen zu hören, doch sei es nicht mehr so arg. Das Erinnerungsvermögen an die letzten Vorgänge ist kaum

vorhanden, jedenfalls sehr dunkel und lückenhaft. Zahllose hysteris
Beschwerden. Wieder der alte Zustand bis zum

13. December. Abends plötzlich erregt, tobt, lärmt, muss isolirt werd

14. December. Hallucinirt, sie habe ein Kind im Leibe, ihre Schwes
solle sich nicht länger hier als Hure herumtreiben. Schimpft gemein
das Personal.

17. December. Sehr laut und störend, sieht schwarze Thiere, n
wolle sie tödten, schimpfe sie Hure, ihren Bruder und Schwager habe n
in letzter Nacht zum Krüppel gemacht.

19. December. Nachdem sie die ganze Nacht getobt hatte, he
Morgen Collaps, fester Schlaf, schluckt aber und reagirt auf Anfragen.

20. December. Wieder erregt und hallucinirend.

27. December. Ebenso, dabei aber vollkommen verwirrt.

1. Januar 1895. Heute klarer und ruhiger.

2. Januar. Wieder erregt, hat Fische und andere Thiere im Be
soll ermordet werden.

7. Januar. Ebenso, noch vollkommen verwirrt.

11. Januar. Ruhiger, aber noch voller Sinnestäuschungen.

14. Januar. Ganz ruhig, freundlich, Schlaf gut.

23. Januar. Wegen Schreiens und Tobens isolirt.

24. Januar. Wieder ruhig. Grundlose Klagen.

25. Februar. Antwortet seit 8 Tagen auf keine Frage. Bleibt stun
bis zum

6. März. Heute wieder Schreien und Toben, lebhafte Sinnestäuschung

11. März. Ausser den bekannten Sinnestäuschungen solche sexuell
Inhaltes; glaubt, sie solle Nachts missbraucht werden, die Kerle steh
den ganzen Tag in der Wand und warten auf die günstige Gelegenheit.

2. April. Ganz verwirrt, oft recht laut, Hallucinationen bestehen fo

8. April. Noch immer sehr konfus, ängstlich und weinerlich, beherrsc
sich aber so weit, dass sie unter Anderen sein kann.

22. April. Vermehrte Sinnestäuschungen, jedoch ruhig, nur ängstli

25. April. Ganz ruhig, die alten Beschwerden.

6. Mai. Zahlreiche ängstliche Hallucinationen, aber ruhig.

20. Mai. Antwortet kaum, liegt still im Bett, scheint lebhaft
hallucіniren.

24. Mai. Sehr hinfällig, blasses, abgemagertes Gesicht, isst seit einig
Tagen fast nichts. Temperatur Abends 39,3°.

25. Mai. Heute lebhaft, ängstliche Hallucinationen. Leichtes Fieb
Appetit mangelhaft.

27. Mai. Weint und jammert.

29. Mai. Ganz verwirrt, störend.

6. Juni. Zunehmend lauter, verunreinigt das Zimmer, spuckt und schre

14. Juni. Wurde immer lauter und verkehrter, schreit jetzt ununte
brochen, Thiere und Menschen belagern sie, um sie zu quälen. Sie ve

rammelt alle Thüren mit den Möbeln, zerriss ihre Bettwäsche und zerschlug das Geschirr. Ord. Sulfonal und Bromkali.

17. Juni. Schreit, rennt aus dem Bett, klopft an die Thüren.

24. Juni. Wechselndes Verhalten, bald sehr laut, ängstlich erregt, bald ruhig, reaktionslos, matt und jammernd.

26. Juni. Zieht den Bettüberzug ab, darin seien junge Hunde und Krokodile, welche sie bedrohten.

28. Juni. Ruhiger, aber ganz verwirrt.

2. Juli. Gestern Abend leichtes Fieber. Nachts laut, blieb nicht im Bette; ganz verwirrt.

3. Juli. Ruhiger, isst schlecht. 39,0°.

4. Juli. Aengstlich verwirrt, bringt keinen Satz zu Ende. Abendtemperatur 38,9°.

5. Juli. Ganz verwirrt, schwatzt völlig konfus. Isst gut. 39,0°.

6. Juli. Besuch vom Bruder, erkannte denselben nicht, sprach konfus. 38,8°.

7. Juli. Sehr laut, sieht Gestalten auf sich zukommen, man will sie und die Angehörigen ermorden, sie hört schon die Leute mit der Axt kommen, sie kriechen aus allen Winkeln hervor. 38,3°.

8. Juli. Sehr laut und verwirrt. Sitzt meist im Bette oder geht im Zimmer umher; sie lasse sich nicht den Kopf abschneiden, vorhin hätten zwei Kerle oben in der Ecke gesagt, sie wollten sie ermorden. 38,0°.

10. Juli. Fieberfrei, sonst unverändert.

11. Juli. 38,4°.

12. Juli. Fieberfrei.

16. Juli. Schreit, man wolle sie hinrichten, braten lassen, Hunde wollen sie fressen. Abendtemperatur 39,2°.

17. Juli. Morgentemperatur 38,2°. Kein körperlicher Befund, welcher das Fieber erklärt. Abendtemperatur 38,4°.

18. Juli. Ohne Fieber. Schreit, lärmt, vier Hunde seien im Bette und wollen auf sie losgehen. Zustand unverändert bis zum 23. Juli.

24. Juli bis 11. August. Ruhiger, schläft viel, nur ganz vorübergehend laut.

12. August. Andauernd in ängstlicher Unruhe, schläft Nachts wenig, jammert und weint, ist unreinlich, sieht elend und fahl aus, muss zum Essen angehalten werden. Morgentemperatur 38,5°, Abendtemperatur 40,0°.

23. August. Nachts wird ihr der Kopf mehrmals abgeschnitten, sie hört, wie man Alles vorbereitet, um sie zu martern, hört die Hilferufe ihrer Angehörigen, welche man hinschlachtet, sieht Särge. Sehr ängstlich, bittet um Schutz.

4. September bis 25. September. Ruhiger, bringt die alten hysterischen Klagen vor. Erholt sich körperlich. Schlaf gut.

26. September. Vermehrte Unruhe; Alle sagen, sie habe gemaust, man wolle sie heirathen.

1. October. Sehr ängstlich und unruhig, man will ihr den Kopf abschlagen, sie soll in einen Sarg gelegt werden, verbrannt werden.

7. October. Elend und marastisch, seit einigen Tagen wieder Fieber, leichter Decubitus. Dabei immer noch unruhig, weint und schreit oft, Schlaf mangelhaft.

10. October. Abends beständig leichtes Fieber. Schlaf und Nahrungsaufnahme schlecht. Grosse Unruhe.

21. October. Fieberfrei, im Uebrigen unverändert, ängstliche Hallucinationen und Unruhe halten an bis zum 10. November.

13. November. Hat guten Appetit, schläft gut, erholt sich rasch, klagt aber in der alten Weise über schlechten Schlaf u. s. w.

26. November. Antwortet heute garnicht, liegt ruhig und theilnahmlos da. Appetit und Schlaf gut.

Von hier an wiederholen sich in der Krankengeschichte lange Zeit die Notizen: „Apathisch und stumpf, stumm, theilnahmlos", weshalb ich hier wieder erheblich abkürze.

1. April 1896. Kommt trotz heftigen Sträubens täglich ins Freie. Antwortet nicht, macht die Augen nicht auf, liegt apathisch da.

10. April. Sprach beim Besuch der Schwester kein Wort.

1. Juli. Stumm, isst und trinkt allein, sonst zu keiner activen Bewegung zu bringen, lässt sich in jeder Weise bedienen.

3. August. Vor einigen Tagen plötzlich heftig erregt, verlangte mehr Arznei, war nach Gewährung ihrer Bitte momentan ganz ruhig, seitdem wieder stuporös.

15. September. Wegen grosser Erregung heute isolirt.

19. September. Wieder sehr laut, schreit ununterbrochen.

5. October. Wieder einige Tage sehr erregt, dann wieder wie früher stumm, abweisend.

8. November. Solange sie Arznei — 0,5 Sulfonal — bekommt, ruhig, stumm, abweisend, fängt aber an zu schreien und über heftige Angst zu klagen, sobald ihr die Arznei entzogen werden soll.

21. November. Heute mehrere Stunden sehr laut, schrie und jammerte. Auf 1,0 Sulfonal augenblicklich Beruhigung und Zurücksinken in Stupor.

25. November. Jammerte, sie wolle sterben, auf Sulfonal sofort wieder ruhig.

4. December. Vorübergehend erregt.

13. December. Einen Tag wegen grossen Lärmens und Schreiens isolirt.

18. December. Sehr laut, wirft das Frühstück in den Saal und zertrümmert den Teller. Seitdem wieder ruhig.

3. Januar 1897. Heute wegen grosser Erregung isolirt.

7. Januar. Klagt über Angst, sie könne nicht mehr leben.

18. Januar. Schreit seit einigen Tagen wieder täglich, versuchte gestern eine Scheibe zu zertrümmern.

26. Januar. Wieder ruhig, stumm, abweisend.

17. Februar. Vorübergehend einige Stunden laut.

1. März. Zerriss ihr Hemd, wollte sich angeblich das Leben nehmen, schrie einige Stunden, dann wieder Ruhe.

9. März. Wiederholt vorübergehend laut, zerreisst öfter.

23. März. Jeden Morgen kurz vor der Visite erregt, beruhigt sich aber sofort, wenn sie etwas Arznei erhält.

1. April. Sprach beim Besuch der Schwester kein Wort, nahm von ihr nichts an.

1. Juni. Heute hochgradig erregt, sonst unverändert stuporös.

16. Juni. Lässt sich füttern, spricht kein Wort.

2. Juli. Bisweilen ohne äussere Veranlassung stundenlang laut und störend.

15. Juli. Muss gefüttert werden. War vorübergehend einen Tag erregt, zerriss und schrie, gab an, die Stimmen hätten es ihr befohlen, sie hätte gemusst.

6. August. Hat einige Stunden gelärmt.

1. October. Immer der gleiche Zustand, liegt stumm im Bette, geht keinen Schritt, lässt sich bei Versuchen einfach auf den Boden fallen; nur vorübergehend laut, jammert nach ihrer Medicin, giebt sonst keine Auskunft.

3. Januar 1898. Sitzt oder liegt dauernd mit geschlossenen Augen, spricht gewöhnlich kein Wort, fängt nur an zu jammern, wenn ihr die Arznei (Morgens 0,5 Sulfonal, Abends 1,0 Chloralhydrat) entzogen werden soll; kriecht dann auf allen Vieren zum Arzneischrank und bleibt dort liegen, bis man ihr nachgiebt.

5. März. Versuch, ihr die Arznei (Morgens 0,25 Sulfonal, Abends 0,5 Chloralhydrat) zu entziehen, misslang wiederum, da sie ausdauernd jammerte. Dabei bat sie alle Wärterinnen, Oberwärterinnen und Ref. mit den schönsten Worten, ihr doch Medicin zu geben, redete dabei alle richtig an. Nach Wiederbewilligung verfällt sie in ihren früheren Zustand, sitzt wie eine Statue da, ohne einen Laut von sich zu geben.

13. Mai. Dasselbe Manöver. Patientin ist sonst ruhig, stuporös, negativistisch, mutacistisch, macht idiotenartige, rhythmische, wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper. Hyperextensionsstellung der Finger der linken Hand. Wenn man sagt, sie brauche keine Arznei mehr, fängt sie an mit spitzer, monotoner, kinderhafter Stimme an zu verbigeriren: „Nein — nein — nein“ etc.

25. Juli. Macht verschiedenartige rhythmische Bewegungen: Rechts- und Linksdrehen des Kopfes mit synchronem Schmatzen, rhythmisches Schütteln eines zwischen beiden Händen ausgespannten Taschentuches u. a.

12. October. Hält eine lange in der Form völlig correcte Ansprache an den Arzt, sie bekomme zu wenig Arznei, beschwert sich, dass eine Wärterin sie „Jettchen“ genannt habe, zeigt sich dabei vollkommen orientirt. Spricht energisch, sehr ärgerlich, als sie mit ihrer Rede fertig ist, beantwortet sie keine Frage mehr.

3. November. Redet beim Besuche der Schwester ununterbrochen, bekomme nichts zu essen, müssen ohne Decke schlafen, sei am ganz Körper geschlagen worden u. s. w.

10. December. Hat seitdem nicht wieder gesprochen, verlangte n einmal vor einigen Tagen mehr Arznei.

26. December. Nahm das Weihnachtsgebäck nicht an, spie es wieder a

30. December. Gestern heftiger Magenkrampf. Tinct. Valerian. mit Erfo

1. Januar 1899. Beklagt sich, dass man sie hungern lasse, verweig trotzdem die Suppe.

24. Januar. Beklagte sich, dass sie nichts zu essen und trinken b komme. Beantwortet sonst keine Frage, schaukelt ununterbrochen, mu stets gefüttert werden. Hält sich sauber. Sitzt stets auf einem bestimmt Stuhle an bestimmten Stellen im Saal und auf der Veranda, wirft sich jeder anderen Stelle lang an die Erde.

12. Februar. Es drohen Contrakturen an den Unterextremitäten, sie diese nicht auf den Boden setzt, sondern angezogen in der Luft baume lässt.

4. April. Erklärt heute Abend plötzlich, sie wolle jetzt wieder selb gehen. Geht von einer Wärterin gestützt dreimal durch den Saal. Verlan einen Fussschemel.

5. April. Die rhythmischen Bewegungen haben aufgehört. Patienti liegt mit offenen Augen im Bette, sieht den Arzt an, reicht die Hand, brin in längerer, wohlgesetzter Rede und mit energischer Betonung ihre Klage vor, sie leide an Durchfall — thatsächlich ist das Gegentheil der Fall — sie habe furchtbare Leibschmerzen, Schmerzen in den Seiten, im Kopf Sodbrennen, Blasen auf der Zunge — sie hat sich in der That den Mun durch ihr rhythmisches Reiben wund gescheuert. Sie nimmt keine Arzn mehr, weil es ihr zu wenig sei, sie habe Anspruch auf mehr.

6. April. Geht jetzt regelmässig am Arm einer Wärterin spaziren, gieb Auskunft, zeigt sich ganz genau orientirt. Schreibt einen Brief an di Schwester. Klagt wieder in der alten Weise über allerlei körperliche Be schwerden.

10. April. Klagt über Schmerzen in den Hacken; wenn der Stuhl drang komme, spüre sie es vom Halse an abwärts, klagt über Schlaflosigkeit Krämpfe, Zuckungen in den Beinen. Rechte Seite des Abdomens sehr druck empfindlich.

17. April. Patientin berichtet heute und in den folgenden Tage ausserordentlich umständlich über ihre Leidensgeschichte, lässt kein Kleinigkeit aus und zeigt dabei ein tadelloses Gedächtniss. Die Einzel heiten sind in der Anamnese der Kranken bereits wiedergegeben (vergl pag. 66 u. f.)

18. April. Patientin giebt an, dass sie jetzt noch dauernd Stimmen höre, besonders Nachts, sie habe aber wieder die Herrschaft über dieselben gewonnen. Sie sei so lange stumm gewesen, weil ihr die Stimmen das

Reden verboten, sie verboten ihr auch das Essen, das Stillsitzen. Die rhythmischen Bewegungen musste sie machen, sie kamen von selbst.

19. April. Erzählt, sie sei letzte Nacht aus einer Ohnmacht in die andere gefallen, habe nicht mehr gewusst, wo sie sei, ob Tag oder Nacht sei.

26. April. Hat halbseitige Gesichtsschmerzen wechselnd rechts und links.

4. Mai. Sagt, sie könne nur gehen, wenn sie ganz rasch gehe, sobald sie langsam gehen wolle, komme sie nicht von der Stelle.

7. Mai. Patientin hat subjektiv das Gefühl, intellektuell durch ihre Krankheit gelitten zu haben, sie sei nicht mehr die gleiche wie früher. Als sie einmal Erbrechen hatte, hätte sie das Gefühl gehabt, als ob die Besinnung weg ginge, und seitdem werde sie den Gedanken nicht los, sie müsse Verstand und Besinnung verlieren.

In der Folgezeit täglich voller neuer Klagen und Beschwerden, regt sich über jede Kleinigkeit auf, ist wechselnd in ihren Launen, im Allgemeinen heiter gestimmt, besonders aber wenn ein Vergnügen bevorsteht ganz gesund, wenn sie auch kurz vorher noch angeblich sterbenskrank war.

3. Februar 1900. Patientin behauptet bisweilen eine Empfindung von der Verringerung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit zu haben. Sie hält dieses aber für sehr gut, da sie in Folge dessen in den Tag hineinlebe, ohne sich über ihren Zustand zu schwere Gedanken zu machen, was ihr anderenfalls gar nicht möglich sein würde. In der letzten Zeit haben die Erscheinungen zugenommen, welche Abends vor dem Einschlafen ihr Bett umstehen.

10. Mai. Klagt viel über Erscheinungen, die sie besonders Nachts habe, besonders wenn sie nach rechts sähe; oft erblicke sie ganze Landschaften mit wachen Augen. Auch seien ihre Gedanken in ihrem Kopfe so laut, sie höre es nicht in den Ohren, aber sie höre es im Kopfe so laut.

28. August. Behauptet noch Erscheinungen zu haben, besonders Abends, auch das Mundgespräch bestehe noch immer. Im Uebrigen zeigt Patientin stets das alte Wesen. Eine Schwächung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit gegenüber früher ist nicht nachgewiesen. Patientin wird am 28. October 1900 als gebessert zu ihren Angehörigen entlassen. Augenblicklich befindet sie sich in einer Privatanstalt, weil es bei ihrem reizbaren, launenhaften, unverträglichen und egoistischem Charakter nicht lange gut ging.

Es handelt sich also um eine jetzt 51jährige Dame, welche erblich belastet ist, schon frühzeitig eine gewisse geistige Unzulänglichkeit zeigte und im Alter von 24 Jahren im Anschluss an die Operation einer Mastdarmfistel erkrankte. Nachdem sie angeblich ein und ein halbes Jahr still und leutescheu gewesen war, trat ein akutes halluzinatorisches Delir ein, welches ihre Unterbringung in S. veranlasste. Dort will sie 4 Jahre lang in Folge eines Schreckens — Zuschlagen des Deckels eines Nachtstuhles — ganz stumm gewesen sein und meist im Bett gelegen haben.

Sinnestäuschungen bestanden auch während dieser Zeit fort und beherrschten dauernd das Krankheitsbild. Nach einem dreijährigen Aufenthalte in der Familie wurde sie 1892, im Alter von 42 Jahren, in hiesige Anstalt aufgenommen. Hier trug sie im Allgemeinen den typischen hysterischen Charakter zur Schau. Daneben traten dann zunächst periodische Zustände akuten halluzinatorischen Delirs auf, welche durchschnittlich einen bis drei Monate anhielten, um dann immer wieder dem alten Bilde Platz zu machen. Die Pausen sind sehr unregelmässig, manchmal nur 14 Tage, oft auch länger. Bisweilen traten auch ganz plötzliche Erregungszustände, die nur einige Stunden anhielten, dazwischen. Seit dem 26. November 1895 änderte sich die Scene auf einmal vollständig. Patientin versinkt in einen Stupor, der nur durch vereinzelte heftige Erregungen jäh unterbrochen wird. Ebenso plötzlich wie der Stupor die Kranke gebannt hat, schwindet er auch wieder am 4. Mai 1899, also nach einer Dauer von fast dreiundeinhalb Jahren, um nun wieder dem ursprünglichen Bilde der Hysterica Platz zn machen. Bemerkenswerth ist dabei, dass trotz der langen Krankheit eine Schwächung der geistigen Fähigkeiten nicht stattgefunden hatte.

Man würde mit der Diagnose schnell fertig sein, wenn man die Krankheit wegen des beständigen Vorherrschens von Halluzinationen als halluzinatorisches Irresein bezeichnen wollte. Man greift damit aber nur ein Symptom heraus und sagt nichts über den Charakter der Krankheit. Der gemeinsame Zug ist der des psychogen veranlagten hysterischen Individuums. Die labile, durch jede Kleinigkeit beeinflussbare Stimmung, bald sterbenskrank und von tausend Schmerzen gepeinigt, bald wieder, sobald es gilt, irgend ein Vergnügen mitzumachen, lustig und ausgelassen, die Sucht, sich als die arme Dulderin, alle Anderen aber als schlechte und verderbte Menschen hinzustellen, wobei es ihr nicht darauf ankommt, durch gemeine Lügen ihre Umgebung zu verdächtigen und ihre eigenen Leiden ums Hundertfache zu übertreiben, die Abhängigkeit ihres Urtheils von unbedeutenden äusseren Eindrücken, von augenblicklichen Eingebungen, die ungeheuere Reizbarkeit bis zur Tobsucht, die Sucht, sich interessant zu machen, ihr Ich bei allen Dingen in den Vordergrund zu stellen, die egoistische Auffassung der ganzen Welt, alles das zusammen liefert das Bild der Hysterischen, wie sie im Buche steht. Zum Theil kommen diese

Eigenschaften auch dem Charakter der Degeneration zu, was seinen Grund darin hat, dass gerade auf dem Boden der erblichen Disposition sich besonders gern eine psychogene Anlage entwickelt. Zwar finden sich ausgesprochene Stigmata auch in diesem Falle nicht vor, jedoch sind Erscheinungen vorhanden, welche die Beeinflussbarkeit der körperlichen Sphäre durch Vorstellungen darthun. So hatte Fräulein B. ein Jahr lang auf einer groschengrossen Stelle am Rücken einen heftigen Schmerz, welcher sie plötzlich befiel und ebenso plötzlich verschwand, wie er gekommen war, und wohl nur als eine psychogen hyperaesthetische Zone gedeutet werden kann. Ob die zahllosen sonstigen Klagen über Schmerzen thatsächlich als psychogen entstandene Hyperaesthesien aufzufassen sind, oder ob Patientin dieselben nur simulirt hat, lässt sich nicht immer entscheiden, da der Schmerz stets etwas Subjectives bleibt; wohl aber hat es den Anschein, dass der grösste Theil dieser Klagen erdichtet ist, um Theilnahme zu erwecken, bisweilen bietet auch ein geringfügiges körperliches Leiden die Veranlassung, wird aber in der Phantasie der Kranken sinnlos übertrieben. Sehr treffend wird die Psychogenität in unserem Falle oft dadurch demonstrirt, dass die furibundesten Erregungszustände wiederholt durch kleine Gaben von Arznei — 0,25 bis 0,5 Sulfonal — momentan jäh unterbrochen wurden. Ebenso ist die Auslösung eines mehrjährigen Stupors durch einen Schreck, worunter Patientin das Zuschlagen des Deckels eines Nachtstuhles versteht, also durch ein geringfügiges Ereignis, das an einem normalen Menschen spurlos vorübergeht, etwas, was wohl nur bei einer Hysterischen möglich sein dürfte. Die Behauptung, dass sie nur ganz rasch gehen könne, dass sie aber nicht von der Stelle komme, wenn sie langsam gehen wolle, dürfte ebenfalls nur eine Hysterische aufstellen. Interessant ist endlich, dass die Erregungszustände der Kranken häufig von leichtem Fieber — nur einmal bis 40° — begleitet wurden, ohne dass sich eine ausreichende körperliche Ursache dafür finden liess. Es handelt sich also vielleicht um hysterisches Fieber. Eine Simulation war auszuschliessen, da die Temperatur im Rektum gemessen und dabei das Thermometer nicht ausser Acht gelassen wurde, und da die Kranke selbst in diesen Erregungszuständen so verwirrt war, dass sie an derartige Täuschungen nicht gedacht hätte.

Das Bemerkenswertheste an unserem Falle sind erstens die halluzinatorischen Delirien und zweitens die mehrere Jahre dauernden Stuporzustände. Ueber Halluzinationen bei Hysterischen ausserhalb der Dämmerzustände und nicht im Anschluss an Krampfanfälle finden sich in den Lehrbüchern nur spärliche Angaben. Ich citire im Folgenden einen Passus aus dem Buche von *Löwenfeld:* „Die Halluzinationen der Hysterischen sind zumeist Gesichtshalluzinationen, die bei Tag wie Nacht sich einstellen können, doch hauptsächlich Nachts vor dem Einschlafen auftauchen. Die Art der Visionen wird durch die Gedankenrichtung der Kranken sehr beeinflusst. In früheren Jahrhunderten spielten die Visionen von Engeln, Heiligen oder Teufeln eine hervorragende Rolle; in der Jetztzeit handelt es sich gewöhnlich um Thiervisionen (Katzen, Ratten, Mäuse, Spinnen, Frösche u. s. w.), die Gestalten bekannter oder unbekannter Personen, Gesichter von gewöhnlichem Aussehen oder sonderbare Fratzen und Aehnliches. Mitunter bilden diese Visionen nur ganz vereinzelte flüchtige Vorkommnisse; in anderen Fällen stellen sie sich wochenlang täglich ein." „Oft ist der Inhalt der hysterischen Halluzinationen sexueller Natur." Bei *Kraepelin* finde ich nur folgende Andeutung: „In manchen Fällen sind es psychische Leiden, welche die Kranken an den Rand der Verzweiflung bringen. Entsetzliche Gedanken, Angstzustände, die Erinnerung an die unerhörten Schicksale des Lebens, furchtbare Seelenpein, nächtliche Träume von grauenhafter Ausführlichkeit und Schrecklichkeit, selbst angebliche Sinnestäuschungen (ein schwarzer Mann mit einem langen Messer, die Mutter im Leichengewande, geschlechtliche Angriffe), Alles in theatralischem und selbstgefälligem Aufputze, pressen den Kranken bei jeder passenden Gelegenheit ganze Sturzbäche von Thränen aus den Augen —." Er spricht also nur von angeblichen Sinnestäuschungen. In dieser Weise, so glaube ich, ist auch ein grosser Theil der Sinnestäuschungen der Fräulein B. aufzufassen. Ebenso wie sie jedes körperliche Leiden ins Ungeheuerliche übertreibt, so wachsen sich auch ihre phantastischen Vorstellungen und Gedanken, vielleicht auch grauenhafte Träume in ihrer Darstellung zu Halluzinationen aus. Nur in den Erregungs- und Verwirrungszuständen der Kranken erreichen sie einen solchen Grad von Lebhaftigkeit, dass sie zu wirklichen Delirien führen. Die Halluzinationen der Fräulen B. spielen sich auf fast allen Sinnesgebieten

ab. Die Gehörstäuschungen projicirt sie nicht alle nach aussen, sie hört sie zum Theil nicht in den Ohren, sondern in ihrem Kopfe. Daneben sind auch sprachliche Halluzinationen auf dem Gebiete des motorischen Sprachcentrums, „Hallucinations motrices verbales“ vorhanden: Patientin hat die Empfindung, als ob sie lange Gespräche mit dem Munde führe, auf die sie mit dem Willen keinen Einfluss habe, obwohl ihr Mund dabei nicht wirklich in Bewegung sei. Häufig treten Vorstellungen oder Sinnestäuschungen sexuellen Inhalts auf, es sitzen Kerle in der Wand, welche sie Nachts missbrauchen wollen. Am lebhaftesten sind die Gesichtstäuschungen entwickelt. Sie haben speciell etwas Theatralisches an sich. Ich will sie hier nicht wieder im Einzelnen aufzählen, sondern verweise auf die Krankengeschichte. Besonders häufig ist das Auftreten von Visionen des Nachts vor dem Einschlafen. Durchaus typisch für eine psychogene Halluzination ist der Mann, welcher allabendlich aus einem Loche in der Diele emporsteigt und jedes Mal in der Gestalt einer Person auftritt, mit der sich ihre Gedanken am Tage bei der Lektüre beschäftigt haben.

Die periodisch auftretenden halluzinatorischen Delirien lassen sich ungezwungen als Dämmerzustände auffassen. Bei dem ersten, scharf abgegrenzten Zustande dieser Art, welcher hier beobachtet wurde — vom 25. September bis 13. November 1894 —, findet sich auch in der Krankengeschichte die Notiz, dass das Erinnerungsvermögen an die letzten Vorgänge kaum vorhanden, jedenfalls sehr dunkel und lückenhaft war. Später ist darauf leider nicht geachtet worden, doch wird die Kranke in den Dämmerzuständen meist als vollständig verwirrt geschildert, so dass wohl hieraus auch auf eine mangelhafte Rückerinnerung geschlossen werden kann. Uebrigens ist ja eine solche für einen Dämmerzustand nicht absolut erforderlich.

Der hier beobachtete dreiundeinhalb Jahre dauernde Stuporzustand bietet das typische Bild eines katatonischen Stupors, es ist Alles vorhanden, was man verlangen kann: Mutacismus, Negativismus, Verbigeration, Stereotypie der Sprache und der Bewegungen, Nahrungsverweigerung, tonische Muskelkontrakturen. Die Einzelheiten sind leicht aus der Krankengeschichte (26. November 1895 bis 4. April 1899) zu ersehen. Bemerkenswerth ist das plötzliche Einsetzen und ebenso plötzliche Schwinden des Stupors, es lässt

sich für beides Tag und Stunde bestimmen. Nach Angabe der Kranken hat sie früher in S. schon einmal einen fast vier Jahre dauernden ähnlichen Zustand durchgemacht, leider sind wir aber auf die spärlichen und immerhin unzuverlässigen Angaben der Kranken allein angewiesen, da eine Krankengeschichte in S. nicht erhältlich war.

Das Wunderbare ist, dass die Patientin nach Ueberwindung zweier so lange dauernder Stuporzustände und zahlreicher mit den heftigsten Delirien und Erregungen verknüpfter Dämmerzustände keine Spur einer geistigen Schwächung zeigte. Es blieb allein der degenerirte und hysterische Charakter zurück, welchen die Kranke bereits vor Auftreten dieser Zustände darbot. Wenn zwar die Kranke selbst wiederholt angab, dass sie ein Gefühl verminderter psychischer Leistungsfähigkeit habe, so darf man sich dadurch nicht beirren lassen, da diese Klagen auf die gleiche Stufe zu stellen sind wie die zahllosen anderen Leiden und Beschwerden der Kranken, welche eines thatsächlichen Untergrundes entbehren. Man hat daher kaum die Berechtigung, das vorliegende Krankheitsbild wegen seines höchst eigenartigen und seltenen Verlaufes als eine katatonische Form der Dementia praecox aufzufassen, denn das Gesammtbild bleibt doch das der Hysterie, wenn auch ein katatonischer Symptomenkomplex hinzutritt.

Uebrigens sind auch in dem katatonischen Stupor des Fräulein B. einige hysterische Züge nicht zu verkennen. Besonders das stetige Verlangen nach Arznei, die Auslösung von Wuthanfällen, auch gelegentlich einer wohlgesetzten Rede, sobald ein Versuch gemacht wird, ihr die Arznei zu entziehen, die sofortige Beruhigung und das Zurückversinken in ihren Stupor, sobald man ihren Wunsch erfüllt, beweist, dass auch in dem Stupor noch eine deutliche Beeinflussbarkeit durch Vorstellungen besteht, indem es fast experimentell gelingt, das Bild des Stupors durch die Entziehung der Arznei zu unterbrechen. Denn dass es sich dabei thatsächlich um eine chemische Wirkung der Arzneien handele, ist auszuschliessen, da nur kleine, fast unwirksame Dosen in Frage kamen und der urplötzliche Erfolg der Entziehung oder Wiedergabe der Arznei nicht der Wirkungsweise der Arzneimittel entsprach. Die einzelnen Symptome des Stupors erklärte die Kranke später selbst zum Theil als eine Reaktion auf Halluzinationen: die Stimmen verboten ihr

zu reden, zu essen. Ich erinnere daran, dass auch Herr X. (Fall II) in seinen Dämmerzuständen die gleichen Angaben machte, und dass ich mich gleichwohl nicht von dem Bestehen wirklicher Hallucinationen überzeugen konnte; bei eingehender Nachfrage, ob Patient wirklich diese Stimmen so deutlich höre, als ob es jemand zu ihm sage, negirte er dieses stets. Die Hauptsache ist dabei wohl die psychogen entstandene Vorstellung, nicht sprechen, nicht essen zu dürfen oder zu können, welche aber gelegentlich die Lebhaftigkeit einer Hallucination erreichen mag. Ich glaube wenigstens, dass zwischen lebhaften Vorstellungen und Hallucinationen nur ein gradueller Unterschied besteht und dass zwischen beiden kontinuirliche Uebergänge bestehen, was ich besonders aus Selbstbeobachtungen schliessen möchte: Ich vermag mir z. B. willkürlich ganze Landschaften so lebhaft vorzustellen, dass für kurze Zeit die wirkliche Umgebung zurücktritt und die vorgestellte Landschaft in allen Einzelheiten deutlich und farbig vor mir steht, oder ich vermag mir ein Tonstück so vorzustellen, dass es mir vorübergehend so ist, als höre ich thatsächlich die Musik mit allen ihren Harmonien, bin mir dabei aber stets bewusst, um was es sich handelt. Ich bemerke dazu, dass ich sowohl male wie musiziere und glaube, dass das künstlerische Talent überhaupt in einem derartig lebhaftem Vorstellungsvermögen begründet ist. Der krankhafte Charakter tritt erst hervor, sobald diese lebhaften Vorstellungen zwangsartig auftauchen oder als etwas Fremdes, nicht dem eigenen Ich Angehöriges empfunden und nach aussen projicirt werden. Ich glaube daher auch, dass es für die Beurtheilung des katatonischen Stupors nicht in Frage kommt, ob das Benehmen des Kranken eine Reaktion auf bestimmte Vorstellungen ist, von denen er sich nicht losmachen kann, oder ob er es als eine Reaktion auf Hallucinationen schildert. Die stereotypen rhythmischen Bewegungen beschreibt Fräulein B. selbst als zwangsmässige, „sie musste sie machen, sie kamen von selbst“. Es finden sich also auch hier in dem Stupor ähnlich wie in den vorigen Fällen Psychogenes und Zwangsmässiges innig miteinander vermischt, die äussere Form ist jedoch hier das klassische Bild des katatonischen Stupors.

Demnach fasse ich den vorliegenden Fall als eine Hysterie auf, auf deren Boden sich vorübergehend ein katatonischer Symptomenkomplex entwickelt hat.

Aus den hier beschriebenen Fällen möchte ich die Lehre ziehen, dass sowohl bei einer Hysterie katatonische Erscheinungen, als auch bei einer Katatonie psychogene Symptome auftreten können und dadurch die Diagnose zu einer schwierigen gestalten können. Es ist daher das Hauptgewicht niemals auf einzelne Symptomenkomplexe zu legen, sondern es ist vor Allem der allgemeine Charakter des gesammten Krankheitsverlaufes und hier besonders wieder das psychische Wesen der Krankheit ins Auge zu fassen. Bei dieser Art des Vorgehens wird es wohl in allen fraglichen Fällen möglich sein, die richtige Diagnose zu treffen.

Nachtrag.

Ueber die inzwischen erfolgte Weiterentwickelung des Falles X., No. II, möchte ich Folgendes ergänzen:

8. Mai. Klar und geordnet.

20. Juni. Hat sich bis jetzt ruhig und korrekt gehalten, war fleissig im Garten thätig.

22. Juni. Lacht viel vor sich hin, betet, liest nur in frommen Büchern, ist widerstrebend.

25. Juni. Hat Nachts schlecht geschlafen, liegt mit verstörtem Gesichtsausdruck im Bette, verbigerirt, antwortet nicht.

26. Juni. Stark gehemmt, scheinbar benommen. Steht lange Zeit in verzwickten Stellungen; zieht die Hand zurück, wenn man ihm die Hand reicht, antwortet nicht oder nur langsam und leise.

27. Juni. Nachts unruhig. Verbigerirt: „Blut Christi, Blut Christi ...“ Einen Brief seiner Mutter will er vom Arzte nicht annehmen: „Legen Sie ihn unter das Kreuz von Golgatha — unters Kreuz, unters Kreuz — Christi Blut, Christi Blut“ — u. s. w.

28. Juni. Giebt wieder die Hand. Stereotype Bewegungen, Stellungen, Verbigeriren haben aufgehört. Ausser Bett.

30. Juni. Klar, vergnügt, euphorisch, zur Arbeit.

Es ist also insofern eine Aenderung des Bildes eingetreten, als das letzte freie Intervall fast zwei Monate, der dann folgende Dämmerzustand dagegen nur sechs Tage dauerten. Das ist jedoch nur eine Aeusserlichkeit. Das Wichtigere ist aber, dass der letzte pathologische Zustand mit der Stereotypie der Bewegungen, den Posen, der Verbigeration, dem Negativismus das klassische Bild eines katatonischen Stupors liefert. Es scheint sich also die aus dem Allgemeinverhalten des Kranken gestellte Diagnose nunmehr zu bewahrheiten, indem die abnormen Zustände, welche früher hysterischen Dämmerzuständen ähnlich sahen, jetzt das typische

Bild der Katatonie annehmen. Auch glaube ich in der unmittelbar nach Abklingen des Stupors bestehenden Euphorie — früher war bekanntlich das Gegentheil der Fall — bereits eine weitere Schwächung des Urtheils und einen Verlust des Krankheitsbewusstseins erkennen zu sollen. Mithin würde ich die Prognose dieses Falles als eine üble bezeichnen.

Nachschrift.

Inzwischen wurde mir die Arbeit *Nissl's* über „hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen" im Centralbl. f. Nerv. u. Ps. No. 144 bekannt. Ich ersehe daraus, dass er die von mir ausgesprochenen Ansichten im Grossen und Ganzen theilt, nur geht er noch viel schärfer vor, indem er die bekannten Fälle von *Ganser* und *Raecke* einfach für katatonische Formen anspricht. Ich kann mich damit nur einverstanden erklären und hoffe, den Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung auch an dem in meinem jetzigen Wirkungskreise an katatonischen und hysterischen Formen reichen Materiale bringen zu können. Mein Fall II kommt nunmehr in eine Gruppe mit den Fällen, welche *Nissl* im Auge hat und bildet keine besondere Ausnahmestellung mehr. Interessant wäre mir, zu erfahren, wie *Nissl* den von mir beschriebenen Fall III beurtheilen würde.

Neufriedenheim, München den 5. Februar 1902.

Dr. *Kaiser*.

Ueber das Verhalten der Cerebrospinalflüssigke
bei Dementia paralytica
und einigen anderen Formen des Schwachsinn

Von

Dr. **Schaefer,**

Direktor der Grossherzoglichen Landesirrenanstalt in Blankenhain S.-W

Seit im Jahre 1891 *Quinke*[1]) auf dem Wiesbadener Congre für innere Medicin über seine erste an einem Kranken mit Hydr cephalus ausgeführte Lumbalpunction berichtete, sind zahlreicl Publicationen über diesen Eingriff erschienen. Bei mannichfach Krankheitszuständen nahm man ihn vor. In seiner Werthschätzun sind gegenwärtig so ziemlich alle Autoren einig: Die anfänglich g hegten hohen Erwartungen seines therapeutischen Werthes sin nicht eingetroffen, jedenfalls fehlen sicher vorauszusagende un nachhaltige Erfolge, sie sind zum mindesten sehr selten. Deutliche Nutzen hat man namentlich bei den mit erhöhtem Cerebrospina druck einhergehenden Erkrankungen gesehen, und zwar Heilun bei der acuten serösen und serös-eitrigen Meningitis, Besserung bei einfachen Hydrocephalus, bei Hirntumor und tuberculöser Meningiti

Erheblich höher als die therapeutische wird gegenwärtig all seitig die klinisch-diagnostische Bedeutung der Lumbalpunction ge halten; sie gilt zweifellos als eine werthvolle Bereicherung de diagnostischen Hilfsmittel. Die Lumbalpunction giebt Aufschlus darüber, ob in Krankheitszuständen die Cerebrospinalflüssigkei pathologisch vermehrt ist, ob sie unter einem abnorm hohen Druck steht und schliesslich ob ihre Beschaffenheit von der Norm ab-

[1]) *Quinke*, X. Congress für innere Medicin, Wiesbaden 1891 p. 321.

weicht. Bei gewissen pathologischen Zuständen ist diese Kenntniss sehr wichtig und erst auf Grund dieser ist man unter Umständen im Stande, die Diagnose endgiltig zu stellen. Dies gilt für gewisse Fälle von Hirntumor, von Meningitis serosa mit undeutlichen Symptomen; bei zweifelhaften Fällen von Meningitis tuberculosa stellt der Nachweis der Tuberkelbacillen im Liquor zuweilen allein den besonderen Charakter der Krankheit klar.

Bei psychopathischen Zuständen hat man bisher die Lumbalpunction als diagnostisches Hilfsmittel nur ausnahmsweise verwandt wie auch seine therapeutische Verwendbarkeit geprüft, obgleich doch bei gewissen Krankheitsformen und Zuständen die klinische Beobachtung eine Abweichung der Menge der Cerebrospinalflüssigkeit des Druckes, uuter dem diese steht, und ihrer Beschaffenheit nicht ohne Weiteres als ausgeschlossen erscheinen lässt. Bei der Idiotie suchte man mehrfach durch die Punction eine Entlastung des unter erhöhtem Druck des Hydrocephalus stehenden Gehirns herbeizuführen und nahm somit Heilversuche vor. Soweit mir bekannt ist, liegen bei Dementia paralytica Untersuchungen von *Turner*[1]) und *Babcock*[2]), bei verschiedenen Krampfzuständen von *Nawratzki* und *Arndt*[3]) vor; vereinzelte Beobachtungen über die Lumbalpunction, ausgeführt bei verschieden organischen Affectionen des Centralnervensystems wie Tabes dorsalis, Myelitis chron., multiple Sclerose u. A. finden sich in den Publicationen anderer Autoren.

Im letzten Jahre habe ich in Gemeinschaft mit Herrn Dr. *Sorge*, damaligen Assistenzarzt an der hiesigen Anstalt, bei Geisteskranken die Lumbalpunction mehrfach ausgeführt. Zum ersten Mal punktirten wir einen Epileptiker im langandauernden, nicht unbedrohlich erscheinenden Benommenheitszustand, bei dem in verschiedenen Muskeln vereinzelte clonische Zuckungen auftraten. Wir nahmen erhöhten Flüssigkeitsdruck in der Schädel-Rückgrathöhle als Veranlassung an und glaubten durch die Punction eine Entlastung des Gehirns herbeizuführen und den Zustand günstig beeinflussen zu können. Die clonischen Zuckungen schwanden unmittelbar nach

---

1) *John Turner*, British med. Journ. May 1896. Vertebral puncture in general paralysis of the insane. Ref. Schmidt's Jahrb. 1898. B. 257.

2) *Babcock*, State Hospitals Bulletin 1896.

3) *Nawratzki* und *Arndt*, Berliner klinische Wochenschrift 1899. Nr. 30. Ueber Druckschwankungen in der Schädel-Rückgrathöhle bei Krampfanfällen.

der Punction und auch die Benommenheit wich bald. Diese Beobachtung veranlasste uns die Punction zunächst bei Epileptikern dann aber auch bei gewissen anderen Geisteskranken vorzunehmen und neben der therapeutischen auch die diagnostische Seite der Punction in Rücksicht zu ziehen.

Gewiss ist der Eingriff zunächst nur therapeutisch indicirt durch Drucksteigerung des Liquor cerebrospinalis, wo diese klinisch sicher ist, aber jedenfalls auch da, wo sie nur vermuthet wird. Autoren wie *Quinke, Lichtheim* und *Fürbringer* erklären kein Bedenken zu tragen, die Lumbalpunction zum Zwecke der Diagnose vorzunehmen, um zu wissen, ob überhaupt Druckerhöhung vorhanden ist oder nicht, namentlich da ihre Ausführbarkeit eine so leichte ist und wie allseitig hervorgehoben wird, eine Gefahr für den Kranken nicht besteht, wenn unter streng aseptischen Kautelen und mit den sonst bekannten Vorsichtsmassregeln vorgegangen wird. Jedenfalls konnten auch wir uns von der Gefahrlosigkeit des Eingriffs völlig überzeugen.

Ueber Technik und Ausführung des Eingriffs gehe ich hinweg, diese sind hinreichend bekannt, ich erwähne nur, dass wir durchweg nach *Quinke's* Vorschrift in horizontaler Seitenlage operirten und die Druckmessung gleichfalls nach *Quinke* vornahmen.

In pathologischen Zuständen ist zunächst entweder die Menge des Liquor cerebrospinalis verändert und damit der Druck, unter dem dieser steht. Es ist anzunehmen, dass unter physiologischen Verhältnissen eine gewisse Menge vorhanden ist, die unter einem bestimmten Drucke steht. Ganz bestimmte Anhaltspunkte für die physiologischen Werthe, sowohl der Menge wie des Druckes hat man bisher nicht gewinnen können. Als Normaldruck werden von den Untersuchern folgende Zahlen angegeben:

Quinke[1]) bei Erwachsenen in Seitenlage etwa 40—70 mm Wasserdruck, *Riecken*[2]) 40—60 mm, *Krönig*[3]) im Liegen 125 mm, im Sitzen 410 (Mittelwerthe bei 12 gehirn- und rückenmarkgesunden Personen), *v. Bergmann*[4]) 40—130 mm, *Gumprecht*[5]) 40—100 mm.

---

[1]) *Quinke*, Berliner klin. Wochenschrift 1891 Nr. 39, 1895 Nr. 41.

[2]) *Riecken*, Deutsches Archiv f. klin. Medicin B. 56, 1 u. 2 1895.

[3]) *Krönig*, Deutsche medicin. Wochenschrift 1897. Vereinsbeilage Nr. 32.

[4]) *v. Bergmann*, Chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten 3. Aufl. 1899, S. 120.

[5]) *Gumprecht*, Die Technik der speciellen Therapie 1900, S. 262.

Beim aufrechten Sitzen sind die Werthe erheblich höher. Ein Druck von über 150 mm wird übereinstimmend als pathologisch angesehen. Unter pathologischen Verhältnissen wie bei Meningitis serosa acuta, bei Hirntumor wurden Druckhöhen bis zu 700 mm beobachtet.

Bei Dementia paralytica wurde in 25 Fällen mit 53 Punctionen festgestellt, dass der Cerebrospinaldruck im Durchschnitt bei allen Fällen und allen Punctionen 182 mm betrug, in genau $^{2}/_{3}$ der Punctionen bewegte er sich zwischen 150 und 380 und machte hier durchschnittlich 204 mm aus. Es fanden sich also in der überwiegenden Mehrzahl der Punctionen Druckwerthe, die die Grenze des für Normal angesehenen nicht unwesentlich überschreiten, mithin als pathologisch anzusehen sind. Unsere Zahlen decken sich einigermassen mit den von *Turner* bei 14 Paralytikern gefundenen, die sich zwischen 70 und 320 mm bewegen, weichen jedoch von den von *Nawratzki* und *Arndt* bei 14 zumeist paralytischen Frauen festgestellten, wo sich im Durchschnitt 113 mm Druckhöhe im Liegen vorfand.

Der nach Abfliessenlassen des Liquor gemessene Enddruck entsprach immer dem Anfangsdrucke. Ich bemerke, dass wir grundsätzlich nicht unter einem Enddruck von 40 mm abfliessen liessen. Die Flüssigkeitsmenge, die in den einzelnen Fällen Schwankungen zeigte, war im Ganzen, wie auch sonst hervorgehoben ist, proportional dem Anfangsdruck. Im Allgemeinen wichen in den Fällen, wo zu verschiedenen Zeiten aber unter sonst gleichen Verhältnissen mehrere Male eine Druckmessung erfolgte, bei demselben Kranken die Druckwerthe nicht erheblich von einander ab. Ein wesentlicher Unterschied der Druckhöhen zwischen den Fällen von Paralyse und Tabes-Paralyse oder zwischen männlichen und weiblichen Kranken war nicht erkennbar.

Im Einzelnen ist zu erwähnen, dass in 2 Fällen, die bei gewöhnlichem Befinden 200 und 270 mm Druckhöhe zeigten, zu andern Zeiten kurz nach einem paralytischen Anfall, während noch Benommenheit und Reactionslosigkeit vorhanden waren, Werthe von 60 und 80 mm gewonnen wurden. 1 Fall mit 200 mm Druckhöhe zeigte mehrere Monate später, nachdem er eine Inunctions- und Jodkur mit nachfolgender deutlicher Remission durchgemacht hatte, einen Druck von 90 mm.

Was die Kranken selbst anlangt, so handelte es sich fas durchweg um solche, die bereits im vorgeschrittenen Stadium der Psychose sich befanden.

Bemerkenswerth ist es jedenfalls, dass in der erheblich überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit Dementia paralytica pathologische Drucksteigerung des Liquor cerebrospinal festgestellt wurde. Dies Ergebniss ist kein ganz überraschendes, hat doch die Obduction der meisten Fälle dieser Krankheit eine Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit, die mit dem in Frage stehenden organischen Hirn-Rückenmarksleiden in ursächlichem Zusammenhang steht, zur allgemeinen Kenntniss gebracht. Der Krankheitsprocess der Dementia paralytica hat bekanntlich ein Schwinden sowohl der markhaltigen Nervenfasern der Hirnrinde wie des Marklagers, als auch der Ganglienzellen der Rinde zur Folge; diese beiden Veränderungen können eine bedeutende Atrophie bedingen, so dass das Gehirn erheblich an Masse verliert, seine Gyri schmal, seine Sulci und Ventrikel dagegen weit werden. Die verloren gegangene Masse des Gehirns wird durch anderes Gewebe nicht substituirt, an ihrer Stelle sammelt sich Flüssigkeit an. Neben dem Schwund der nervösen Bestandtheile sind es chronische Entzündungen in den Meningen, die in den meisten Fällen am Krankheitsprocess theilnehmen, mögen sie nun eine secundäre oder eine den Degenerationsprocess nur begleitende Erscheinung sein. Es ist also einmal die entzündliche Betheiligung der Leptomeninx am Krankheitsprocess Ursache der vermehrten Exsudation in den Cerebrospinalraum, das andere Mal ist diese letztere ein Hydrocephalus ex vacuo, indem die vom Krankheitsprocess veranlasste Einschmelzung und Schrumpfung der Gehirnmasse vermehrte Flüssigkeitsansammlung in der Schädel-Rückgrathöhle zur Folge hat.

Pathologische Druckhöhe sowie Flüssigkeitsvermehrung stellten sich weiter heraus in 4 Fällen von Dementia post apoplexiam. Die Druckwerthe bewegten sich zwischen 150 und 210 mm und betrugen im Durchschnitt 172 mm. *Lenhartz*[1]) fand bei 11 Fällen von Apoplexie im chronischen Stadium reichliche Entleerung und Druck von 60—80 mm, aber auch höher bis zu 280 mm.

Der gleiche Befund erwies sich in 45 Fällen mit 50 Punctionen

---

[1]) *Lenhartz*, Münch. med. Wochenschr. 1896, S. 9.

ei secundärer Demenz; die Druckwerthe bewegten sich zwischen 70 und 450 mm, waren durchschnittlich 200 mm. Es handelte ich hierbei in der Hauptsache um Kranke, wo der Verblödungsrocess, der sich secundär an mannichfache Krankheitsformen an-eschlossen hatte, bereits viele Jahre lang Platz gegriffen hatte. uch hier handelt es sich meist um chronische Hydrocephalie, die, ie pathologisch-anatomisch nachgewiesen ist, durch Hirnatrophie edingt ist.

Beim angeborenen Schwachsinn theile ich nach dem Grade es Schwachsinns die Fälle in Idioten und Imbecille. Bei 15 Idioten aren Druckwerthe von 130 bis 500 mm, im Durchschnitt 220 mm, ei 20 Imbecillen solche von 65 bis 290, im Durchschnitt 170 mm orhanden. Die höheren Grade des Schwachsinns weisen demnach twas höhere Druckzahlen auf. Das Gewöhnliche ist aber auch ei dieser Schwachsinnsform eine pathologische Drucksteigerung im erebrospinalraum. Auch diese ist klinisch der Ausdruck vermehrter ranssudation von Liquor cerebrospinalis, des anatomisch nach-ewiesenen Hydrocephalus, der hier meist nicht durch voraus-egangene Entzündungsvorgänge in der Leptomeninx hervorgerufen, ondern fast lediglich als Hydrocephalus ex vacuo, bedingt durch ie angeborene Entwicklungshemmung des Gehirns, aufzufassen ist, enn zuweilen auch nicht die Wachsthumsstörung des Gehirns, ondern die Flüssigkeitsansammlung die primäre Veränderung ist.

Bei Dementia epileptica ergab die Druckmessung in 32 Fällen it 43 Punctionen einen durchschnittlichen Druckwerth von 180 mm, ei 31 Punctionen überhaupt einen solchen jenseits der physio-ogischen Grenze und zwar zwischen 150 und 450 mm, im Durch-chnitt 210 mm, sich bewegend. Also auch hier wiederum durchaus athologische Werthe. Gegenüber diesem Befunde stellten *Nawratzki* nd *Arndt* (l. c.) bei 3 Epileptikern in anfallsfreien Zeiten Druck-erthe von 100 bis 150 mm fest. Auch wir haben unsere Zahlen ur im freien Intervall gewonnen. Es ist allerdings zu betonen, ass es sich bei unseren Fällen fast nur um Epileptische mit lange estehender Krankheit und höherem Grade von Demenz handelte, ei denen anatomisch meist Hirnatrophie und Hydrocephalus vor-efunden wird.

Nawratzki und *Arndt* wollten durch ihre Untersuchungen nach-

weisen, dass die Annahme *Kocher's*[1]), der der erhöhten Spann
der Cerebrospinalflüssigkeit für das Zustandekommen des epi
tischen Anfalls eine wesentliche Bedeutung beimass, nicht zu r
besteht. *Kocher* war auf Grund zweier Beobachtungen von trau
tischer Porencephalie mit epileptischen Anfällen, die er durch län
Zeit hindurch fortgesetzte Drainage der mit den Seitenventril
communicirenden Cyste zum Schwinden brachte, zu seiner Annal
gelangt. Beide Untersucher stellten fest, dass allerdings mit
ginn des Anfalls ein Ansteigen der Flüssigkeitssäule im Steigro
stattfindet und dass während des tonischen Stadiums des Anf
Druckhöhen von 600—870 mm zu Tage treten, dass diese jed
im clonischen Stadium etappenweise wieder zurückgehen und n
Lösung des Anfalls den vor diesem vorhandenen Druckwerth wie
annehmen. Das Gleiche fanden sie bei paralytischen und hysterisc
Anfällen. Sie nahmen an, dass die im Tonus des Anfalls
tretende Drucksteigerung nicht wie *Kocher* glaubte, etwas Primä
den Anfall Auslösendes sei, sondern eine durch den Anfall bedin
secundäre Erscheinung darstelle und zwar als Ausdruck der venö
Stauung in Folge des durch den allgemeinen Tonus verursach
Respirationsstillstandes anzusehen sei. Diese ihre Ansicht sahen
namentlich durch die Thatsache gestützt, dass oft während ei
Punction durch forcirte Exspirationsbewegungen wie Husten, Pres
u. dergl. unmittelbar der Druck ansteigt, um gleich darauf wie
zur Norm zurückzugehen. Wenn es uns auch nicht gelang währ
eines Anfalls eine Druckmessung vorzunehmen, so halten wir
Annahme der beiden Autoren doch für völlig gerechtfertigt. Jed
falls konnten auch wir beobachten, dass sobald man einem Kranl
aufgab nach einer Exspiration den Athem möglichst lange zu v
halten, die Flüssigkeitssäule mit dem Augenblicke, wo der Kra
die Weisung befolgte, im Steigrohr anstieg und Druckwerthe
der doppelten und dreifachen Höhe entstanden im Vergleich zu
Werthen, die bei ruhiger Athmung vorhanden waren und zu der
sie auch nach Unterlassung der Athemverhaltung zurückging
Wir sahen hierbei unter Anderen Ansteigen der Druckwerthe
170 auf 500 mm, von 130 auf 430 mm. Es ist demgemäss au
im Allgemeinen für die Bestimmung der Druckwerthe wichtig,

---

[1]) *Kocher*, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie B. 36 H. 1, 1893.

... das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit ...

... Dementz die Druckwerthe ...

... der Hauptsache ...

... secundär ...

... 2. bereits ...

... es sich ...

... l

... n,

... den

... ller-

... ergab

... echend

... uch die

... ig. Eine

... cht geben,

... malion be-

... einem stattge-

... die betreffenden

... nden, die Druck-

... mm, während im

... ychischen Verhalten

... mm im 2. Fall fest-

... n Zuständen die Menge

... k, unter dem sie steht,

... ist, findet weiterhin eine

... rselben statt.

... wasserklar, farblos, schwach

... Flöckchen, von einem speci-

... rsuchten Geisteskranken zeigte

... lligkeiten, namentlich wurden

... beobachtet.

Der Eiweissgehalt des normalen Liquor ist ein sehr geringer; beim Kochen ist nur eine geringe Opalescenz, bei Essigsäure-Ferrocyankalium-Zusatz ein geringer bläulich-grauer Schimmer zu bemerken. Die Eiweissmenge im thierischen normalen Liquor den er frisch geschlachteten Kälbern entnahm, stellte *Nawratzki*[1]) im Mittel als 0,0221 pCt. fest; neben dem Eiweiss fand er folgende Mittelwerthe: organische Stoffe — Eiweiss 0,2794 pCt, anorganische Stoffe 0,8136 pCt., Trockenrückstand — Eiweiss 1,093 pCt. Der Eiweissgehalt des normalen menschlichen Liquor cerebrospinalis beträgt nach *Quinke*[2]) 0,2 –0,5 pMl., nach *Riecken* (l. c.) 0,5—1 pMl., nach *Gumprecht* (l. c.) 0,25 pMl. —

Was die Natur des in der Cerebrospinalflüssigkeit vorhandenen Eiweisskörpers anlangt, so handelt es sich nach der Untersuchung von *Nawratzki* (l. c.) für den normalen thierischen Liquor um Globulin; Pepton und Albumosen waren nicht nachzuweisen. Für den menschlichen Liquor cerebrospinalis erklärte schon *Hoppe-Seyler*[3]) den Eiweisskörper als Globulin, desgleichen *W. D. Halliburton*[4]). Dem Globulin fand dieser Forscher in einigen Fällen von Meningocele Albumose und Pepton beigesellt. Das Vorkommen dieser beiden Eiweisskörper würde auf abnorme Zersetzungsvorgänge hindeuten und wäre ein solcher Befund nach *Neumeister*[5]) nur denkbar, wenn es sich um völlig abgekapselte, dem Kreislauf entzogene Flüssigkeit handelte, im anderen Falle müssten Albumosen und Peptone nach den allgemeinen Erfahrungen sehr bald mit dem Harn zur Ausscheidung gebracht werden. Mit Sicherheit konnten wir in keinem unserer Fälle das Vorhandensein von Albumose und Pepton nachweisen; die Biuretraction, auch wenn sie positiv ausfiel, gab niemals in deutlicher Weise die den Peptonen und Albumosen speciell zukommende violettrothe Farbnüance.

Eine Vermehrung des Eiweisses wurde bisher in patho-

---

1) *Nawratzki*, *Hoppe-Seyler*'s Zeitschrift für Physiologische Chemie. 1897. Bd. 23. S. 532 ff.

2) *Quinke*, Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 41.

3) *Hoppe-Seyler*, Lehrbuch der Physiolog. Chemie 1881. Bd. 2. S. 608.

4) *W. D. Halliburton*, The Journal of Physiology 1890. Bd. 10. S. 232. 1891. Bd. 12. S. 14. Cerebrospinal-fluid.

5) *Neumeister*, Lehrbuch der physiolog. Chemie. 2. Aufl. S. 477 ff.

logischen Zuständen nach *Goldscheider*[1]), *Riecken* u. A. ziemlich regelmässig bei Stauung durch Hirntumoren und bei entzündlichen Processen — Meningitis serosa acuta, Meningitis tuberculosa — festgestellt, dagegen soll bei chronischer Zunahme der Cerebrospinal-Flüssigkeit — Hydrocepalus chron., Meningitis serosa chron. — gar keine oder nur geringe Vermehrung stattfinden. Nach Untersuchungen in der *Quinke*'schen Klinik stellt *Riecken* (l. c.) folgende Mittelwerthe auf:

bei Meningitis serosa chron. und Hydrocephalus	0,95 pMl.	Eiweiss
„ Meningitis serosa acuta	1,84 „	„
„ Meningitis tuberculosa	2,00 „	„
„ Tumor cerebri	2,17 „	„

Lenartz (l. c.) giebt folgende Zahlen an: bei tuberkulöser Meningitis 2—3 pMl. (einmal 9 pMl.), bei Hirntumor bis 2,5 pMl., bei Appoplexia im chronischen Stadium Spuren bis 2,5 pMl.

Bei Dementia paralytica fand *Babcock* (l. c.) in 12 Fällen die Eiweissmenge stets vermehrt. *Nawratzki* (l. c.) stellte in 6 Fällen fest, dass während hinsichtlich des Trockenrückstandes und der anorganischen Bestandtheile wesentliche Differenzen gegenüber dem normalen thierischen Liquor nicht hervortraten, die Eiweissmenge im Liquor von Paralytikern durchgehends höher war; sie bewegte sich zwischen 0,468 pMl. und 1,696 pMl., war im Durchschnitt 0,891 pMl.

Bei der qualitativen Probe mit Essigsäure-Ferrocyankalium fanden wir bei allen Paralytikern ausgesprochen deutliche Trübung, desgleichen beim Kochen, wo sich nach Ansäuern mit Essigsäure reichlich Flöckchen bildeten. Die beim Kochen enstandene Trübung hellte sich bei Zusatz von 1 Tropfen Salpetersäure häufig wieder etwas auf und zwar unter mehr oder weniger Gasentwickelung, trat jedoch nach Mehrzusatz von Salpetersäure mit nachfolgender Flockenbildung wieder deutlich hervor. Die Gasentwickelung bei Salpetersäurezusatz ist auf Freiwerden von Kohlensäure zurückzuführen, die an Salze gebunden ist. Kohlensaure Salze hat *Nawratzki* u. A. im Liquor des Kalbes nachgewiesen.

Bei der quantitativen Untersuchung fand sich durchweg bei

---

[1]) *Goldschneider*, *Eulenburg*, Realencyclіopädie der gesammten Heilkunde. III. Aufl. 1877. Bd. 13. S. 547 ff., Lumbalpunction.

Paralytikern Eiweissvermehrung; die Menge schwankte in den einzelnen Fällen zwischen 0,75 und 3,5 pMl. und war durchschnittlich 1,23 pMl. Der mit den Untersuchungen von *Babcok* und *Nawratzki* übereinstimmende Befund ist also, dass im Liquor cerebrospinalis der Paralytiker der Eiweissgehalt erheblich höher ist als derjenige des normalen thierischen Liquor und auch die von anderen Untersuchern für den menschlichen Liquor als physiologische Menge angegebenen Werthe durchschnittlich um ein Beträchtliches übersteigt. Wir haben es sicherlich bei Dementia paralytica mit einer pathologischen Eiweissvermehrung im Liquor zu thun.

Als Ursache dieser Eiweissvermehrung glaubt *Nawratzki* die besondere Art der Erkrankung, die organische Hirn-Rückenmarksaffection a priori nicht annehmen zu sollen, ihm scheint vielmehr der Fieberprocess, auch wenn dieser durch entzündliche Vorgänge ausserhalb des Centralnervensystems bedingt ist, von ursächlicher Bedeutung zu sein. Es war ihm aufgefallen, dass bei den Fällen, wo die Eiweissmenge beträchtlich war, Fieber bestand, dem Entzündungsprocesse in den Lungen oder im Darmtraktus zu Grunde lagen.

Unsere Untersuchungen lassen diese Erklärung nicht zu. Jedenfalls lässt sich für unsere Fälle der Fieberprocess nicht verantwortlich machen. Wir haben regelmässig die Körpertemperatur messen lassen sowohl eine Zeit lang nach der Punction, um auf etwaige durch die letztere hervorgerufene Alteration im Befinden der Kranken aufmerksam zu werden, wie auch regelmässig vor derselben, um zu wissen, ob im jeweiligen Falle fieberhafte Erkrankungen mit in Frage kamen. Bei keinem unserer Kranken wurde vor der Punction Fieber festgestellt, noch waren sonst Anhaltspunkte für entzündliche Affectionen ausserhalb des Centralnervensystems vorhanden. Die Ursache der Eiweissvermehrung muss demnach eine andere als der Fieberprocess sein und zwar glauben wir diese auf die besondere Natur des Krankheitsprocesses, auf das organische Hirn-Rückenmarksleiden ursächlich zurückführen zu müssen.

Wie wir gefunden haben, war bei unseren Kranken mit Dementia paralytica Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit, die unter pathologisch hohem Drucke steht, das Gewöhnliche. Es

handelt sich einmal um Hydrops ex vacuo in Folge der durch den Krankheitsprocess verursachten Athropie der nervösen Bestandtheile, dann aber auch meist um entzündlichen Hydrops in Folge entzündlicher Betheiligung der Meningen. Das entzündliche Exsudat ist durch relativ hohen Eiweissgehalt ausgezeichnet, weniger hoch an Eiweissgehalt ist das chronische Transsudat[1]).

Wir glauben deshalb die am Krankheitsprocess der Dementia paralytica theilnehmenden Entzündungsvorgänge der Meningen, auch wenn diese chronischer Art sind, als Ursache der Eiweisserhöhung ansehen zu müssen.

Diese unsere Auffassung wird gestützt durch das Ergebniss der Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei anderen Formen von Dementia. Es wurde festgestellt:

1. bei Dementia post apoplexiam in 4 Fällen 0,25—0,3 pMl. Eiweiss;
2. bei Dementia secund. in 45 Fällen mit 50 P. 0,3—0,5 pMl., nur in 3 Fällen 0,75 pMl., in 2 Fällen 1 pMl.;
3. bei angeborenem Schwachsinn in 35 Fällen 0,33—0,5 pMl. nur in 1 Fall 0,75 pMl.;
4. bei Dementia epileptica in 32 Fällen 0,3—0,5 pMl., nur in 4 Fällen 0,75—1,5 pMl.

Im Ganzen fielen hier dementsprechend die qualitativen Proben erheblich schwächer aus als bei der Dementia paralytica.

Bei diesen 4 Schwachsinnsformen wurde also ein Eiweissgehalt des Liquor gefunden, der wenigstens in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht unwesentlich niedriger ist als bei Dementia paralytica, jedenfalls die als physiologische Menge für den menschlichen Liquor angegebenen Werthe im Ganzen nicht überschreitet. Auch bei diesen erworbenen oder angeborenen Schwachsinnszuständen war pathologische Drucksteigerung und Flüssigkeitsvermehrung constatirt worden. Hier handelt es sich um einen Hydrocephalus, der ursächlich meist nicht auf Veränderungen zurückzuführen ist, die als entzündliche gedeutet werden können, sondern um Hydrops ex vacuo, bedingt bei der secundären Verblödung durch

[1]) *Reuss*, Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 28. Verhätniss des specifischen Gewichtes zum Eiweissgehalt der serösen Flüssigkeiten. Bd. 24. Beurtheilung von Exsudaten und Transsudaten.

Hirnatrophie, beim angeborenen Schwachsinn durch angeb
Entwickelungshemmung des Gehirns. Dadurch, dass bei c
Zuständen der entzündliche Factor in der Meningen für die
stehung des Hydrocephalus in Wegfall kommt, jedenfalls nur
nahmsweise eine Rolle spielt, im Gegensatz zur Dementia paral
wo er fast immer angetroffen wird, ist es zu erklären, dass
der Eiweissgehalt des Liquor in der Regel nicht erhöht
während er es bei der Dementia paralytica durchweg in
fallender Weise war.

In einer grösseren Anzahl von Fällen wurde der Li
cerebrospinalis auf seinen N-Gehalt nach Kjeldahl quantitativ
stimmt. Auf 1000 ccm Liquor berechnet wurden N-Mengen
0,05004 bis 0,224 gr gefunden, die in Eiweiss umgerecl
Eiweissmengen von 0,313 gr bis 1,4 gr entsprechen. Es ist
anzunehmen, dass N ausser an Eiweiss noch an andere organi
Körper gebunden im Liquor vorhanden ist, jedenfalls liessen
nach Enteiweissung des Liquor durch Kjeldahl bestimm
N-Mengen nicht mehr nachweisen.

Was den Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis anla
so ist dieser nach den Angaben verschiedener Untersucher norm
Weise bald vorhanden bald nicht. Für den thierischen norm
Liquor des Kalbes stellte *Nawratzki* (l. c.) fest, dass die
kommende, Kupferoyyd in alkalischer Lösung reducirende Subst
alle Eigenschaften des Trauben-Zuckers besitzt, ihr Procentge
beträgt 0,0461 und ist etwas geringer als der des Thierbl
(0,1—0,2 pCt).

Im Hydrocephalus wies *Covazzini*[1]) Zucker nach, and
Untersucher hingegen vermissten ihn. (*Neumeister* l. c.)

Nach *Quinke*[2]) fehlt Zucker bei entzündlichen Ergüssen häu
bei Hirntumoren findet er sich regelmässig; *Lenhartz* (l.
wiederum konnte ihn bei Hirntumoren nie nachweisen.
paralytischen Kranken wurde nach *Nawratzki* (l. c.) Kupferox
nach Enteiweissung regelmässig reducirt, während Nylander- u
Phenylhydracinprobe mehrmals negativ ausfielen. Zur weite
Untersuchung der reducirenden Substanz wurde eine grösse

---

1) *Covazzini*, Centralblatt f. Physiologie 1896. Bd. 10. No. 6.
2) *Quinke*, Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 41.

Menge Flüssigkeit eingedampft, es stellte sich heraus, dass der reducirende Körper in allen seinen Eigenschaften mit Traubenzucker übereinstimmt. Mittelst der *Allihn*'schen Methode wurde sein Procentgehalt auf 0,0555 pCt. bestimmt. Wie er weiterhin klarlegte, beginnt das Reductionsvermögen des Liquor cerebrospinalis bald nach dem Tode abzunehmen und verschwindet allmählich ganz, ein Vorgang, den er mit Rücksicht auf sein frühes Eintreten nicht als Bacterienwirkung aufgefasst wissen will.

Eine eingehende Untersuchung auf Zucker haben wir in unseren Fällen nicht angestellt. Wir untersuchten nur mit Nylander und fanden fast durchweg ohne Unterschied der Schwachsinnsform positiven Ausfall. Ganz interessant war der Befund in einem Fall von leichtem angeborenem Schwachsinn, bei dem sich in späteren Jahren Diabetes mellitus hinzugesellt hatte. Im Urin wurden bis 8 pCt. Zucker vorgefunden. Nachdem die Kranke im Coma diabeticum gestorben war, wurden bald post mortem 77 ccm klare, leicht gelb gefärbte Flüssigkeit von 1010 specifisches Gewicht, 1 pMl. Eiweiss enthaltend, entleert. Nach Enteiweissung fiel Nylander stark positiv aus (dunkelbrauner bis schwarzer Niederschlag). Mittelst der Titrir-Methode mit *Fehling*'scher Lösung ergaben 2 Untersuchungen 0,32 pCt. und 0,35 pCt. Zucker. —

Von einer grösseren Anzahl von Kranken wurden 2 bis 10 ccm Liquor Kaninchen und Mäusen unter die Haut und in die Bauchhöhle injicirt. Irgend ein Einfluss auf das Befinden der Thiere wurde niemals wahrgenommen.

In klinisch diagnostischer Hinsicht wurde, wenn wir kurz zusammenfassen, durch die Untersuchungen festgestellt, dass in den verschiedenen durch Schwachsinn ausgezeichneten psychischen Krankheitsformen die Cerebrospinalflüssigkeit fast durchweg unter abnorm hohem Drucke steht, dass weiter bei Dementia paralytica im Gegensatz zu den anderen untersuchten Schwachsinnszuständen und zwar wohl bedingt durch die mit dem Krankheitsprocess verbundene Entzündung der Meningen die Beschaffenheit der Cerebrospinalflüssigkeit in so fern von der Norm abweicht, als ihr Eiweissgehalt den physiologischen Werth meist um ein Erhebliches übersteigt. —

Einige Bemerkungen über den Bau tropischer Irrenanstalten.

Von

P. C. J. van Brero,

Arzt der Staatsirrenanstalt zu Buitenzorg (Java).

Hierzu Tafel I.

In den folgenden Zeilen ist es meine Absicht, die Aufmerksamkeit auf einige belangreiche Factoren beim Bau tropischer Anstalten zu richten. Nämlich:

I. deren Höhenlage,

II. die Aenderungen, welche die Bettbehandlung und Wachsäle in der Einrichtung der Anstalt gemacht haben.

Unberücksichtigt bleiben Boden, Wahl der Stelle, Pflanzenwachsthum, Lage in betreff der Bevölkerungscentra, Wasserbedürfnisse, Oekonomiegebäude, Küche, Werkstätte etc.

Ad I.

A. In therapeutischer Hinsicht kann die Höhenlage von grossem Gewicht sein, doch ist über den Zusammenhang von Heilungschancen bei Geisteskrankheiten und tropischem Klima nichts bekannt.

In tropischen Ländern schickt man Neurasthenici gern ins Gebirge und wirklich sieht man bald nach Ankunft erfreuliche Besserung. Die kühle Luft, die ungewöhnliche und liebliche Gegend, die Entfernung des werktäglichen Lebens geben ihm frische Kräfte, bis das Neue alt geworden ist und die Klagen wiederkehren.

Immerhin dürfen diese günstigen, seien es auch meistens vorübergehende, Resultate bei gewöhnlich leichten Fällen nicht unterschätzt werden. In schweren Fällen ist das Ergebniss nihil, sogar im besten Bergklima Java's, Tosarie, wie der dortige Sanitätsarzt Dr. *Kohlbrügge*[1]) berichtet.

Aber wie dem auch sei, unerlaubt ist es, diesen mehr oder weniger günstigen Einfluss auch auf Geisteskrankheiten zu übertragen, wo bekanntlich die Suggestion so gut wie keine Wirkung erzielt.

In mancher Beziehung dagegen ist das tropische Höhenklima schädlich durch seine in der Regensaison besonders feuchte Kälte. Nun ist z. B. katarrhale Dysenterie häufig gerade bei Geisteskranken, wo die Selbstsorge für Nahrung und Kleidung oft so mangelhaft ist.

B. In den Wendekreisen ist der Bau von Krankenhäusern nicht so complicirt als in der gemässigten Zone, weil I. der geringe Bodenwerth es zulässt, flach zu bauen, sodass man keine Stockwerke braucht, und II. weil die hohe Temperatur Heizungseinrichtungen überflüssig und die Ventilation sehr einfach macht.

Das sind bedeutende Vortheile, aber die sub II genannten gehen mehr oder weniger verloren, wenn die Aussenluft zu kalt wird. Auch nehmen alsdann die Kosten für Kleidung und Bedeckung belangreich zu.

C. Die Bevölkerung der warmen Länder ist beinahe gänzlich eine landwirthschaftliche, sodass das Kolonisationssystem hier mehr noch als in Europa in den Vordergrund tritt.

Nur die Betriebe, an die keine erheblichen technischen oder mechanischen Bedingungen geknüpft sind, kommen erklärlicherweise in Anmerkung. Die meist vorkommenden sind der Kaffee-, Kakao- und Reisbau, der letzte mit den verschiedenen sogenannten zweiten Gewächsen.

Die sesshafte Bevölkerung treibt den Reisbau nur auf nassen Feldern, welche aber für ungesund erachtet werden, da dieselben Malaria verursachen. Ein anderer Fehler liegt in dem Bedürfniss nach vielen Arbeitskräften in einzelnen Phasen des Baues und ein ziemlich complicirter Betrieb. Vorzuziehen sind darum Kaffee und

[1]) Nederlandsch-Indisch Tijdschrift voor Geneeskunde 1898.

Kakao, aber diese bedingen zum richtigen Wachsthum ein
stimmtes Klima.

In Anbetracht nun des sub A und sub B Mitgetheilten scl
mir am meisten zweckmässig, die Anstalt nicht unter 150 m
nicht über 500 m Meereshöhe zu errichten. Dort gedeihen K
und Kakao gut und ist die Temperatur obwohl frisch, doch
so niedrig, dass die genannten hygienischen und ökonomis
Vortheile preisgegeben werden müssen.

Ad II.

Beim Anstaltsbau bieten besonders die Pflegeräume für
ruhige die grössten Schwierigkeiten.

Diese Kranken wurden früher in Isolirzimmern und Ze
untergebracht, eine Verpflegungsweise, die in mancher Bezieh
als recht misslich zu nennen war und ohne Zweifel bei der jetzi
Pflege in Wachabtheilungen zurückzustellen ist.

Es ist meine Absicht nicht, hier über Wachsäle, Bettruhe
zu handeln; ich möchte nur die grossen Vortheile der Wach
theilungen für tropische Irrenanstalten ins rechte Licht stellen.

Weil diese Räume jetzt unter beständiger Aufsicht stehen,
es möglich, sie von billigem Material zu construiren, ohne da
die Forderungen der Hygiene und Sicherheit aus den Augen
verlieren.

Mauern aus Stein und Kalk sind also unnöthig, die Wän
werden aus platt geschlagenem Bambus gemacht. Diese Baua
Bilik genannt, ist sehr billig und hat sich trotz Regen u
Sonnenschein merkwürdig dauerhaft gezeigt. Das Holzwerk s
aus Djattiholz (Teakwood) bestehen, mit Ausnahme der Dac
sparren, welche ebenfalls aus Bambus verfertigt werden könne

Eine Zimmerdecke braucht man nicht, nur soll die Innensei
des Daches mit Mattwerk bedeckt werden, weil es sonst zu schw
für die am Tage darin verweilenden Kranken sein würde.

Empfehlenswerth scheint mir, das Holz und Bambusmateri
mit Wasserglas oder Aehnlichem zu bestreichen zur besseren Conse
virung und Beschränkung der Feuersgefahr.

In Tropenländern mit ihren häufigen Erdstössen sind dies
leicht construirten Häuser solchen massiverer Art vorzuziehen.

Die die Ueberwachung am bequemsten entsprechende Anlag
ergiebt sich im Grundriss des Doppeltrechtecks. Eine Wand mi

Thüre theilt das Ganze sonach in zwei Räume, wie Fig. I zeigt.[1]) An einer der kurzen Seiten befinden sich Abtritt und Badezimmer, unter den sich ein Spülwasserkanal befindet. In dem andern Saale sind kleine Zimmer für das Pflegepersonal zum Aufbewahren verschiedener Gegenstände etc. Einzelne dienen als sogenannte Seitenlogen zur Beruhigung exaltirter Kranker.

Ein Theil (a,) der Galerie (a) ist verbreitert und dient als Esszimmer.

Die rechteckige Form habe ich deshalb gewählt, weil von der Galerie aus eine vollständige Uebersicht des Gartens möglich ist, in ruhigen Zeiten, welche zuletzt in der Wachabtheilung Regel sein werden, kann diese vom Saale aus geschehen.

Je nach Bedürfniss können hinter- und nebeneinander solche Wachabtheilungen gebaut werden. Im Zwischenraume (A) wird eine lebendige Hecke gepflanzt, um das Ausgucken aus den in den Wänden ab und cd anzubringenden Fenster zu verhindern.

Für je zwei Abtheitungen C und D genügt eine „Zelle",[2]) welche aber von Stein gemacht und von einer Mauer umgeben werden soll, um den Lärm möglichst zu dämpfen und eventuelle Flucht zu verhindern. Nebenbei sei gesagt, dass der in der Wachabtheilung, in der Seitenloge oder Zelle sich befindende Kranke immer unter peinlicher Controle steht.

Die Grösse einer Abtheilung möchte ich auf 28—32 Betten stellen. Die hier Verpflegten sollen aber nicht alle Personen sein, welche in therapeuthischer oder anderer Hinsicht einer anhaltenden Bettruhe bedürfen; die Zahl würde dann zu gross sein. Ein kleines Drittel sollen Leute sein, bei denen als Anstaltsregime eine Ueberwachung nothwendig ist, als Kranke mit Neigung zu Selbstmord, Brandstiften, Zerstören, Entfliehen, mit impulsiven und perversen Handlungen, Epileptici, einzelne Unreinliche u. dgl. Diese können sich im Garten oder in der Galerie aufhalten,

[1]) Siehe Tafel I.

[2]) Nach der Einführung der Wachabtheilungen hat sich die Unterscheidung im Begriff Zelle, Isolirzimmer, Single-room etc. verwischt. Die an ihre Stelle getretenen nahen und entfernten Seitenlogen (Isolirzimmer resp. Zellen) sind einfache, ohne besondere Vorrichtungen gebaute Kämmerchen, welche meistens dem doppelten Zweck der Beruhigung des abgesonderten Kranken und seiner Umgebung dienen.

sich mit Spielen oder geeigneter Arbeit beschäftigen, um i für diese Kranken den geistigen Zerfall so lange als möglich verhindern.

Als Aufnahmestation kann ein Theil oder das Ganze e Wachabtheilung, je nach der Aufnahmefrequenz, dienen.

Der Garten einiger Wachabtheilungen soll von einer M umgeben sein, um das Entfliehen zu verhindern; für die Mei genügt ein eisernes Geländer.

Die Vortheile einer derartigen Anordnung der Wachabtheilu sind folgende:

a) Verbindungscorridors, welche den Baupreis ansehnlich höhen, fehlen. Ebenso

b) Spülwasserkanäle; welche für den Inländer eine beson Anziehungskraft haben.

c) Man ist nicht an eine bestehende Bauordnung gebun wenn eine Vermehrung der Aufnahmezahl statthaben soll. I gerade der Raummangel für Unruhige ist Ursache einer beschrän Aufnahme, da Ruhige gewöhnlich leicht unter Dach geb werden können.

Bei der vorgestellten Reihenfolge wird die Sachlage sehr fach. Je nach Bedürfniss wird eine Wachabtheilung zugefügt zugleich, wenn nöthig, am bestimmten Ort, die entspreche Pavillons für Ruhige aufgestellt.

Für ruhige Kranke, welche während des Tages volle Fre geniessen, ist das in Buitenzorg gebräuchliche Pavillonsy (Fig. II)[1]) sehr geeignet.

Hier natürlich noch mehr als bei den Wachabtheilunge Alles von temporärem Material. Der Esssaal (hier Pendoppo nannt) braucht keine Umwandung, die Schlafzimmer keine D weil die Kranken nur des Nachts sich im Zimmer befinden.

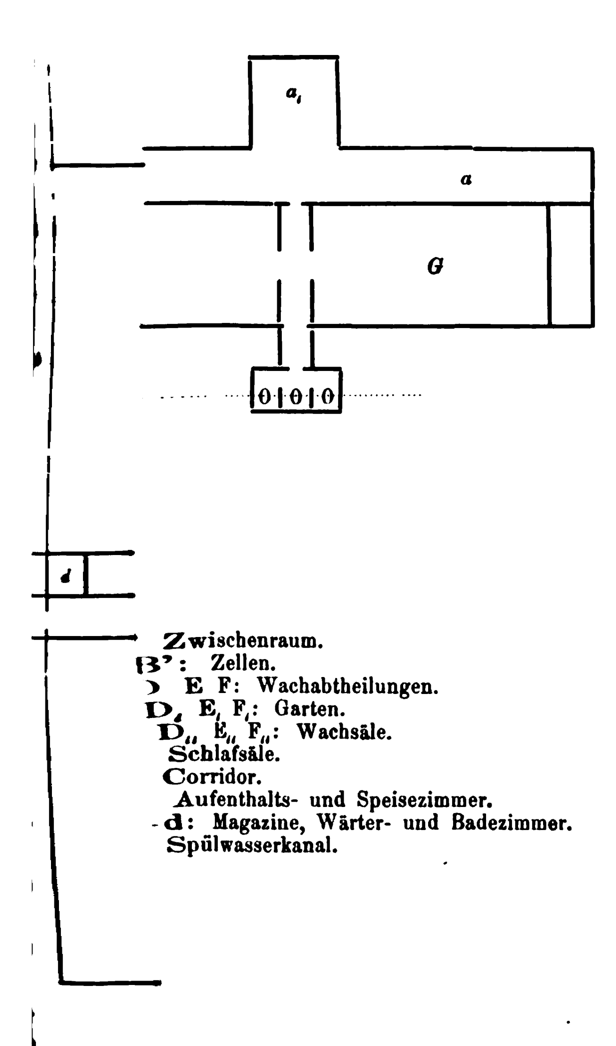
Neben den Schlafzimmern befinden sich beiderseits Gemä zum Aufbewahren verschiedener Gegenstände.

Die Nachtabtritte stelle ich mir vor, zu bauen, wie in Figur I zeichnet, wodurch der Gebrauch von Nachtgeschirr überfl wird, ein Vortheil, der keiner näheren Erörterung bedarf.

Diese ruhigen Abtheilungen sollen für 40 Kranke berec

---

[1]) Siehe Tafel I.


$a_{,}$
a
G
d
Zwischenraum.
B': Zellen.
E F: Wachabtheilungen.
D, E, F,: Garten.
D,, E,, F,,: Wachsäle.
Schlafsäle.
Corridor.
Aufenthalts- und Speisezimmer.
d: Magazine, Wärter- und Badezimmer.
Spülwasserkanal.

sein; von einem Garten kann eigentlich keine Rede sein, weil, wie gesagt, sie am Tage eine absolute Freiheit von Bewegung haben.

Die Badezimmer und die für den Tagesverkehr bestimmten Abtritte befinden sich auf vom Pavillon entfernten Terrain.

Die Abtheilungen für körperlich Kranke werden wie die oben besprochenen gebaut, hier braucht man natürlich eine Zimmerdecke und empfiehlt es sich, die Bambuswände auf beiden Seiten mit chinesischem Papier zu bekleben und weiss anzustreichen zur Beförderung der Reinlichkeit und Helle. Billig, auch sehr zweckmässig ist das Tünchen der genannten Materiale. An den beiden kurzen Seiten befinden sich kleine Zimmerchen, welche u. a. zur Aufnahme von Kranken dienen können, welche aus dem oder jenem Grunde der Absonderung bedürfen.

Der Esssaal kann klein sein, weil ein guter Theil der Kranken bettlägerig ist; die Abtritte können wie oben gesagt eingerichtet sein für Patienten, deren Stuhlgang kein besonderes Interesse fordert.

Die obigen Auseinandersetzungen berücksichtigen die Bedürfnisse der Eingeborenen. Für die ärmeren Klassen der Europäer gilt im Grossen und Ganzen dieselbe Form und dasselbe Material der Gebäude. Nur werden standesgemäss einzelne Aenderungen angebracht, wie z. B. Zimmerdecken, Bewandung der Esssäle, welche auch grösser sein sollen, Bekleben der Wände mit chinesischem Papier und weiss Anstreichen auch des Holzwerkes, was den Gebäuden ein frohes und nettes Ansehen verleiht. Dergleichen Häuser sind hier nicht selten und sehr gut bewohnbar.

Für die höheren Stände liegen die Verhältnisse anders, indem deren Krankenbestand ein absolut und relativ kleiner ist, weil ein guter Theil in Europa Pflege sucht.

Das Baumaterial wird hier nur Stein und für die ruhigen Kranken je ein Zimmer disponibel sein (ein grosser Pavillon).

Die Wachabtheilung soll sich auf demselben Terrain der Abtheilung, nur in geeigneter Entfernung und Begrenzung finden, damit die Ruhe ungestört bleibt. Ihre Einrichtung ähnelt der schon beschriebenen; die Grösse richtet sich nach Anzahl der Kranken.

Die Fussboden aller Säle sollen mit Cement belegt werden.

Ablehnung einer Entmündung.

Aus der Rechtsprechung der Vereinigten Staaten von Nord-Amerika.

Von

Dr. **H. Kornfeld**, Gerichtsarzt in Gleiwitz.

Der nachfolgende Fall würde sehr möglicher Weise von manchen Sachverständigen bei uns anders beurtheilt werden, doch aber unter der Herrschaft des B.G.B. ebenfalls zu demselben Ausgange geführt haben. Bei dem Aufsehen, welches er erregte und das sich in den Besprechungen, welche die Fachzeitungen darüber brachten, widerspiegelte, dürfte eine Kenntniss desselben von Interesse sein. Dem hochverdienten Director des Butler Hospitals Providence, *G. Alder Blumer*, einem der bedeutendsten Psychiater Nord-Amerikas, verdanke ich die — in der Uebersetzung wiedergegebenen — Unterlagen und die richterliche Entscheidung.

I. Bericht von Dr. *E. B. Lane* v. 17. October 1900 an den Richter E.

Am 13. Sept. 1899 besuchte ich Frau X. in ihrer Wohnung und unterhielt mich mit ihr ungefähr eine halbe Stunde. Den Morgen darauf begegnete ich ihr im Corridor des Gerichtsgebäudes. Am 23. März 1900 sah ich sie im Bureau der Rechtsanwälte L. und H. zugleich mit Dr. Z. und Dr. W. und hatte dort nach unserer gemeinschaftlichen Untersuchung noch eine kurze Unterredung mit ihr. Am 25. Nachmittag machte sie auf ihren eigenen Antrag einen Besuch bei mir. Demnächst beobachtete ich sie am 1. und 2. Mai, als sie als Zeugin vor Gericht stand. Auf Grund richterlichen Auftrages begab ich mich am 15. Oktober in ihre Wohnung,

rd sie nicht an, beobachtete aber einige Stunden lang die dortigen Zustände. Auch mit ihrem Sohn und ihrer Nichte hatte ich Zusammenkünfte und befragte auch den über ein Jahr in ihrem Hause beschäftigten Herrn S.

Auf Grund meiner Untersuchung bin ich vollständig überzeugt, dass sie geisteskrank ist; und die anderweitigen Angaben haben meine Ansichten lediglich bestätigt.

Frau X. glaubt fest an das Bestehen einer Verschwörung gegen sie. Ihr Wahnsinn geht von der Idee, verfolgt zu werden, us. Rechtsanwälte, Richter, Aerzte, von denen sie viele mit Namen anführt, haben sich gegen ihre Glückseligkeit und Freiheit verschworen. Sie bestreitet die Verwandtschaft mit ihrer Schwester und ihrem Sohne; verleugnet ihre Eltern — glaubt, dass sie nicht deren Kind ist, sondern das von Vettern ihrer Eltern; dass sie vom Adel abstammt. Ihr natürlicher Egoismus hat eine krankhafte Steigerung erfahren: sie hält sich für eine sehr bedeutende Frau; behauptet die Einzige im Lande zu sein, die einen gewissen Grad in einem mit den Freimaurern verbundenen Orden erhalten hätte. J. A. F. hätte ihr vertrauliche Mittheilung über die Autorschaft bez. Shakespeare gemacht; und wenn sie Zeit hätte, würde sie den wahren Autor entdecken. Weder Shakespeare noch Bacon hätten thatsächlich die Stücke geschrieben. Zum Beweise ihrer ungewöhnlichen Geschicklichkeit führt sie an, dass sie ihrem früheren Advokaten M. S. zu einer gewissen Art von Klageanstellung gedrängt hätte, die er nicht für thunlich hielt. Sie aber hätte das auf ihre Weise gemacht. Vom Richter M. wäre sie über dieses seiner Ansicht nach bestmögliche Schriftstück becomplimentirt und gefragt worden, wer ihr dazu gerathen hätte; worauf sie das für ihre eigene Idee erklärt hätte.

Oliver S. verfolgte sie thatsächlich und Herr W. sei sein Agent; letzterer hätte im März aus Furcht Verlust seiner Stimme vorgeschützt, aber in Wirklichkeit nur Angst vor ihr gehabt. Die Officin des Districts-Anwalts sei 75000 D. das Jahr werth; aber die Anwälte in Boston könnten ihn nicht beseitigen, weil sie sich gleichmässig mit ihm compromittirt hätten.

Wenn Richter G. ihr einen Vormund bestellte, so würde, wenn die Sache gegen sie ginge, ein früherer Richter sofort bereit sein, sie zu heirathen. Die Heirat würde dann die Vormundschaft

nichtig machen und übrigens einen nur vorübergehenden Behelf darstellen, da sie drei Jahre später Scheidung erlangen würde. Während Herr H. ihre Sache führte, behauptete sie, dass er ein grosser Betrüger wäre. Seine Braut hätte sie telephonisch benachrichtigt, dass er gegen ihre Interessen handelte und mit ihrer Bevormundung einverstanden wäre, damit Jemand aus seiner Officin ihr Vermögen verwalten könnte. Sie behauptete auch, wenn die gerichtliche Prüfung, wie sie fürchtete, gegen sie ausfallen sollte, so würde sie an den höchsten Gerichtshof gehen, bei dem sie genügenden Einfluss hätte, um ihre Sache durchzusetzen.

Sie glaubt ferner, dass W. (ihr Adoptivsohn) seinem Adoptivvater, nämlich Herrn X. (ihrem Manne), nach dem Leben trachtete und ihren Tod wünschte.

Wie man mir sagte — und ich bin geneigt, das für wahr zu halten —, hat sie mehrfach verschiedene Leute ersucht, ihr missfällige oder verdächtige Personen zu vergiften. Vor einigen Jahren hat sie einen Mann bestochen, ihren Sohn W. zu vergiften, und neuerdings Jemanden ersucht, Herrn R., ihren Rechtsbeistand am letzten Mai zu vergiften. Sie hat Opium gekauft und ihrem Diener eingehändigt, mit der Aufforderung, einen ihr der Räuberei verdächtigen Mann zu vergeben. Man sagte mir auch, dass sie am 15. October ihren Diener beauftragt hatte, ihr einen Revolver zu besorgen.

Am meisten springt bei ihrer Krankheit in die Augen die fortdauernde Processsucht, ein als Abart der Paranoia gekannter Zustand, den die Deutschen mit Querulantenwahnsinn bezeichnen. Die Lebensgeschichte der Frau X. in ihrer Beziehung zu den Gerichten bietet sehr genau dasselbe Bild, wie analoge Krankengeschichten in den Lehrbüchern. Sie hat eine Reihe von Processen angestrengt, von denen der eine immer zum nächsten führte. In jedem Processe hat sie besondere Sachwalter, oft mehrere in derselben Sache; und neuerdings unterlässt sie die Bezahlung der Gebühren, macht die Anwälte herunter, wenn sie verliert, und lässt sich von denselben auf die Kosten verklagen. Wie in allen diesen Fällen geht sie bei Urtheilen gegen sie an immer höhere Instanzen und würde ihr Vermögen aufwenden, bis die höchste erreicht ist. Ja wir haben Grund zu verneinen, dass sie sich wenigstens dann zufrieden geben würde; ausser wenn di

Entscheidung die von ihr gewünschte sein würde. Mit anderen Worten: das Gefühl des erlittenen Unrechts sitzt bei ihr zu tief, um sie fähig zu machen, einzusehen, dass ihre Gegner auch in nur einem einzigen Punkte recht haben könnten. Durch ihre Beschäftigung mit Rechtssachen ist ihre Aufmerksamkeit und ihr Interesse so abgelenkt, dass sie — der gewöhnliche Fall — ihre häuslichen und selbst ihre persönlichen Angelegenheiten hintan gesetzt hat. Schon von jeher excentrisch in ihrer Kleidung, ist sie nunmehr äusserst nachlässig geworden. Ihr Haus, in dem ich neulich war, befindet sich in einem erbärmlichen Zustande; es ist nicht ausgebessert und zur Zeit ohne Möbel, ohne Gas und oberhalb des I, Stockwerks ohne Wasser, ohne Abtheilungen und Vorkehrungen für heisses Wasser. Sie bewohnt eine Zimmerflucht im III. Stockwerk; aber nach den eingezogenen Erkundigungen glaube ich, dass sie in diesen Räumen keine geeigneten Bequemlichkeiten besitzt.

Meistenteils sind die Hausräume mit Plunder und zerbrochenem Zeuge angefüllt; mit Haufen von Kleidungsstücken von zum Theil gutem, meist aber traurigem Aussehen. In verschiedenen Zimmern liegen, mehrere Fuss hoch aufgethürmt, Kleider (darunter theure Anzüge), Ellen auf Ellen von Bändern, durcheinander geworfene, von Motten zerfressene Pelze und Wollzeuge. Das Haus ist in schmutzigem Zustande. Auf den Dielen sieht man vergossenes Kerosen, und die spärlichen Teppiche sind nicht abgekehrt; eine dicke Lage Staub liegt über Allem. Schubladen und verschiedene Behälter sind vollgekramt. Nicht Ein reiner Tisch im Speiseraum — überall Speisereste auf Tellern und Tischen. Keine Tischtücher und nichts da, um die Tische abzuwaschen; weder Messer noch Gabel.

Seit langer Zeit soll im Hause kein Bedientester gehalten worden sein. Ausserhalb wohnenden Männern überträgt sie ihre Besorgungen. Letztere sollen, und das ist auch wahrscheinlich, vielfach ihren Zustand zu unrechtmässigem Verdienste gemissbraucht haben. Zeitweise soll sie sich sehr unfein, vulgär ausdrücken.

Diese überaus unglückliche Frau lebt ohne den gewöhnlichen Comfort, ist gegen Jedermann so misstrauisch, dass sie sich nur an Fremde wendet; und thatsächlich, glaube ich, traut sie Niemandem, den sie mehr wie einige Monate kennt, ausser vielleicht

ihrem Sohne A., den ich nicht gesehen habe. Sie ist meiner Ansicht nach unfähig, ihr Eigenthum zu verwalten und sollte deshalb und damit in geeigneter Weise für ihr körperliches Wohl gesorgt werden kann, unverzüglich bevormundet werden. Ihr Vormund wird, wie ich glaube, es durchaus nothwendig finden, dass sie in ihrer Freiheit beschränkt wird. Dass sie sich lediglich den Wünschen einer solchen Persönlichkeit fügen sollte, glaube ich nicht. Es ist gefährlich, ihr die volle Freiheit zu lassen; und ich sehe keinen Weg, diese einzuschränken, als den gesetzlichen.

II. Bericht des Dr. *Edward B. Lane* v. 22. October 1900, erstattet dem Richter E.

Frau X. schläft nach Angabe der Wärterin in 24 Stunden nicht mehr wie zwei Stunden lang, einmal sicher nicht über eine Stunde; vielleicht sogar, wie sie selbst sagt, überhaupt nicht. Die Wärterin weiss einfach nur, dass sie ungefähr eine Stunde lang ruhig war, und sie sah sie eine halbe Stunde lang bei Tage schlafen.

Von Person war sie sehr schmutzig; die Hände schwarz, ungewaschen. Doch trug sie die ganze Zeit über ein Tuch um den Kopf, um, wie sie erklärte, den Staub von ihren Haaren abzuhalten. Sie isst sehr wenig, in der Beobachtungswoche nur einmal des Tages und zwar Morgens. Man beobachtete, dass sie einmal Nachts vier Flaschen Ale in ihr Zimmer nahm; und zwei leere Flaschen wurden des Morgens in den Hof geworfen. Eine Flasche Brandy, welche ihr eines Nachts im Nachts im Auftrage des Arztes geschickt war, warf sie in Gegenwart der Wärterinnen weg. Letztere fanden ihre Zimmer in Ordnung, aber weder ausgekehrt noch abgestaubt; das Bett ohne Kissen und mit nur einem dünnen Betttuch versehen. Sie liess das Gas nach dem Ausdrehen nicht wieder anzünden, weil es so kostspielig wäre. Das Gas im Speiseraum unten drehte sie häufig aus, wobei sie den Wärterinnen sagte, dass die Ausgabe zu gross sei. Doch bot sie ihnen zwei feine Anzüge an, was natürlich abgelehnt wurde. Letztere glauben, dass sie keine Handtücher im Hause habe. Einmal trocknete sie ihr Gesicht mit einem Lumpen ab, der wie ein Stück von einem zerrissenen Kleidungsstücke aussah. Sie gab an, „nur einen Anzug zu besitzen, mittellos zu sein und Kleidung zu brauchen.

Die Wärterinnen haben als Ergebniss ihrer Beobachtung das Gefühl, das Geistesstörung hier nicht in Frage kommen kann.

Gutachten von Dr. *Blumer* vom 12. Oktober 1900.

Bei meinem gestrigen Besuche bei Frau X., der von Vormittag 11 bis Nachmittags 1 1/4 Uhr dauerte, war mir die Hausthür auf wiederholtes Klingeln verstohlen von Frau X. geöffnet worden. Nachdem ich mit Herrn K. als der früher von ihm erwähnte Freund vorgestellt, und ich mit ihm in ihr Sprechzimmer geleitet worden war, gab ich auf Befragen als Zweck meines Kommens an, dass ich mich im Interesse der öffentlichen Moral für die von ihr erlittenen Verfolgungen interessirte. So beruhigt, sprach sie sich nunmehr frei aus: Sie hätte mit 14 Jahren Herrn X. geheiratet und wäre ein frühreifes Kind und damals vollständig entwickelt gewesen. Die Verbindung mit Herrn X. sei durch Kabel erfolgt, aus Gründen, die dem Wunsche ihrer Familie nach Sicherung ihres Besitzes und Verhütung der Zersplitterung desselben entsprangen. Sie sei kinderlos und selbst ein posthumes Kind, dessen Mutter bei ihrer Geburt gestorben wäre. W. X., der ihr Sohn zu sein behauptete, sei 6 Jahre älter als sie. Sie hätte ihn nicht gesehen, bevor er 14 Jahre alt war, zu welcher Zeit er von ihr und ihrem Manne adoptirt worden sei. Er sei der Sohn eines deutschen Grafen X. Vor ca. 12 Jahren hätte sie einmal, mit W. X. auf dem Dache ihres Hauses sitzend, gesehen, dass er absichtlich einen Mann, der 2—300 Fuss entfernt am Fenster einer Zuckerfabrik mit ihnen zugewandtem Rücken sass, erschossen hätte. Obschon das B. Hotel sich jetzt zwischen ihren Hause und der Fabrik befindet, hätte sie doch durch Ausschreiten der Entfernung und Bestimmung der Schussweite sich über der Möglichkeit dieses Erschiessens vergewissert. Von ihr zur Rede gestellt, sei W. anscheinend unbekümmert gewesen; hätte gesagt, dass er den Mann nicht habe leiden können und in gleichgültigen Tone gefragt: Was ist dabei? Am nächsten Tage hätte sie in der Zeitung von dem Morde gelesen; und die Leute in der Fabrik hätten ihr nachträglich Kenntniss des Vorfalls zugegeben. Sie machte mir Mittheilung von einem Versuche ihres Sohnes, sie zu vergiften; in Folge dessen ihr vorher ausgezeichneter Gesundheitszustand sich sehr verschlechtert, Brechen und Abweichen eingestellt habe. Die Natur des Giftes hätte sie nicht gekannt; auch wegen mangelnden Vertrauens keinen Doktor

zugezogen. W. X. hätte eine gewisse Marie, eine Schwedin, durch Herrn R. zu ihr geschickt mit dem Auftrage sie zu vergiften. Auf dessen Empfehlung hätte sie dieselbe engagirt, aber nur wenige Tage beschäftigt. Eine andere Dienerin, K. O'C., eine sehr würdige Frau, wäre dazwischen getreten und hätte in befehlendem Tone zu Marie, als diese ihr eine Tasse vergifteten Thee brachte, gesagt: Stellen Sie das hin. Das wäre sofort geschehen, und ihr Leben wahrscheinlich dadurch gerettet worden. Leider wäre der Thee nicht aufgehoben und analysirt worden. Sie behauptet, dass Dr. H., welcher zur Zeit ihrer Abwesenheit ihren Mann bei seinem Unfalle behandelte, die Vergiftung ihres Mannes veranlasst hätte. Für das vergiftete Essen hätte die Frau 5000 Dollar und Dr. H. 10000 erhalten sollen. Dr. H. wäre vor diesem Vorfall ein armer Mann gewesen; und sein jetziges Wohnhaus hätte er sich für das Geld gekauft. Hätte sie damals eine Pistole gehabt, als sie bei der Rückkehr von der Vergiftung hörte, so würde sie den Dr. H, niedergeschossen haben. Diese Angriffe auf ihr und ihres Mannes Leben hätten den Zweck gehabt, durch ihren Tod dem Sohne von X.: W., die Erbschaft zu ermöglichen, da der Letztere, weil adoptirt, nur in einer Generation hätte erben können. Dem Professor B. hätte ihr Sohn zugegeben, behauptet zu haben: Sie habe ihm Gift gegeben, damit er und seine Frau mit seinem Adoptivvater zusammen leben könnten, nachdem sie wegen des Verbrechens gehängt worden wäre. In Europa hätte sie von ihren Sohne ein langes Telegramm erhalten, dass Alles wohl wäre, und dass sie den ganzen Winter wegbleiben könnte. Dies wäre ihr eigenthümlich vorgekommen und im Widerspruch mit dem Wunsche ihres Mannes, sie bei sich zu haben. Ihr Wirth hätte aus dem Telegramm zwischen den Zeilen ersehen, dass sie sofort zurückkehren müsste. Alsbald hätte sie nun an die Cunard-Gesellschaft — und zwar im Namen ihres Mannes, der bei dieser wegen früherer guter Dienste sehr angesehen war — an diese telegraphirt; und das Dampfboot, obschon zur Abfahrt am Mittag bestimmt, hätte in Mersay mehrere Stunden auf sie gewartet. Ueber ihre eigene Schlauheit bei dieser Täuschung lachte sie und erzählte, wie lebhaft die Ankunft des vornehmen Gastes erwartet worden sei. Ihr Haus hätte sie nicht betreten können, weil der Hausmeister von Wr., X. Befehl hatte, Niemanden ohne seine Erlaubniss in dasselbe hineinzulassen. Mit

[illegible] der Polizei hineingekommen, hätte sie ihren Mann mit ge-
[illegible] Beine und sehr leidend im Bette gefunden. Ihr Mann
[illegible] äusserst vorsichtig und müsste daher von W. X. die Stufen
[illegible]gestossen worden sein. Als sie in der Küche Thee für
[illegible] gemacht hatte, wäre sie auf dem Wege zum Aufzuge von
[illegible] Diener aufgehalten worden mit den Worten: Das ist nicht
[illegible] Thee für Herrn X.; ich will ihm den meinigen geben. Oben
[illegible] sie eine Wärterin K. angetroffen, welche ihr von verschiede-
[illegible] Versuchen, ihren Mann zu vergiften, erzählte. Ihr Mann
[illegible] seine bedeutende Geschäftsfähigkeit erst zwei Tage vor dem
[illegible] eingebüsst.

Während dieser Beobachtung zeigte sich ihre krankhafte
[illegible] in verschiedener Weise. Sie spräche französisch und
[illegible] wie ihre Muttersprache, wofür sie als Beweis anführt, dass
[illegible] Bestellungen in französischen und deutschen Geschäften hätte
[illegible] können. Von einer Dienerin hätte sie schwedisch sprechen
[illegible]; und russisch in Nizza von einem Fürsten durch Beob-
[illegible] der Bewegungen seiner Lippen, wodurch sie jedenfalls
[illegible] hätte, russische Poesie recitiren zu können. In Windsor
[illegible] sie fünf Tage mit der Königin Viktoria zugebracht. Die Ein-
[illegible] wäre für eine Nacht erfolgt, aber auf 5 Tage ausgedehnt
[illegible], weil die Königin offenbar an ihr Gefallen gefunden hätte;
[illegible] zwar wäre sie erfolgt, weil ihre Familie mit dem Vater der
[illegible], mit dem Herzog von Kent, intim gewesen wäre. In
[illegible] und Deutschland wäre sie bei Hof vorgestellt worden.
[illegible] kenne den Prinzen von Wales. Der alte Deutsche Kaiser hätte
[illegible] in sein Schloss eingeladen und sie an seinem Arme hinein-
[illegible]. Ihre Freunde hätten sich gewundert, dass sie durch
[illegible] Zeichen königlicher Gunst nicht eingeschüchtert worden sei;
[illegible] sie lege auf so was gar kein Gewicht. Diese Gunst rührte
[illegible] her, dass sie deutsch sprechen konnte. Er hätte das Be-
[illegible] gehabt, mit Jemandem zu plaudern. Sie verbreitet sich in
[illegible] detaillirter Weise über eine von ihr in Colorado gemachte
[illegible] von grösster Wichtigkeit für die Kunst. Eine eng-
[illegible] Gesellschaft hätte mit 11000 Dollar Kosten Beschlag darauf
[illegible], und ein französisches Syndikat sich zur Ausbeutung ge-
[illegible] mit einem Kapital von 65000 Dollar. Gegen die Beschul-
[illegible], dass sie irrsinnig wäre, macht sie ihre Erfindungsgabe

geltend. Als das Gespräch auf Minen kam, und sie mein Inter
wahrnahm, sagte sie: „Da haben wir's, deshalb haben Sie m
besucht." Weiterhin hatte sie mich in Verdacht, ein Journa
zu sein, und war vorübergehend, bis sie sich beruhigt hatte,
ihrer Hut. Dann liess sie durchblicken: Ich befrage sie we
Sprachen und wäre also wohl ein Lehrer. Sie sagt, ihr M
hätte als Erster die Photographie in den Vereinigten Staaten
geführt und damit tausende von Millionen Dollar dem Schatze
geführt. Sie beschuldigt die Herren R. und M. eines Planes,
an deren Arbeiter Simson zu verheirathen; und zwar mit
Endabsicht, sie als Geisteskranke in eine Anstalt einzusperr
Mit Bezug auf diese Verschwörung fragte sie Herrn K. un
Lachen, ob er eine Licenz bei sich habe. Sie meinte, sie wüs
ganz gut, dass sie nicht dabei zu sein brauchte; die Papi
könnten unterschrieben und der Heirathskontrakt abgeschlos
werden, ohne dass sie dabei wäre. Wenn sie dann die Heirat
ceremonie für nichtig erklärte, so würde man folgern: „Die ar
Frau kann sich nicht einmal erinnern, dass sie verheirathet w
sie ist also geisteskrank.

Sie erzählt: Sie sei in einem französischen Kloster erzog
worden, wo ihre Lehrerinnen fast sämtlich Herzöginnen gewes
wären. Dort wäre sie als Kind auch einmal auf einen Tisch
stellt worden und hätte vor Napoleon und der Kaiserin die M
sellaise singen müssen. Sie meint ferner, sie wäre in Ne
York oder West Point geboren. Auch die Frage, ob ihr Va
in der Armee gedient hätte, antwortet sie: „Sie nehme an"
der Marine. Sie hätte Verwandte in England — Stuart-Wortl
Erwähnt ihre zahlreichen Processe unter verächtlichen Aeusserung
über die dabei betheiligten Richter und Rechtsanwälte. D
Richter Grant wirft sie Unwissenheit in seinem Berufe vor, lä
ihm nicht einmal literarisches Geschick und fragt spöttisch: Hab
Sie jemals ungesäuertes Brot gegessen? Herrn Rechtsanwalt
hätte sie bloss als Lückenbüsser benutzt, in der Idee, dass ih
Prozesse sonst aussergerichtlich durch die beiderseitigen Sac
walter beendigt werden könnten. Sie beschuldigt den Staat
sekretär Long bei der Verschwörung betheiligt zu sein; bekla
sich bitter über Versuche, sie ihre Rechte zu berauben. Nic
einmal so viel könnte sie erlangen, um einen Laib Brot zu kaufe

Sie wäre nicht bloss fähig zur Besorgung ihrer Angelegenheiten, sondern zu Geschäften in grossem Stile. Kommissionen, Procente und derartige Kleinigkeiten verachte sie; sie habe es mit grossen Figuren auf breiter Grundlage zu thun. Sie sei von jeher gewöhnt, wenigstens 1000 Dollar den Monat zu verbrauchen. Ihr Haus beabsichtige sie als Sanatorium zu verwenden. Sie zeigte mir die Photographie ihres verstorbenen Mannes und in den oberen Räumen ein grosses Bild von ihm; ferner einige Dresdner Schmucksachen, für die man ihr grosse Summen geboten hätte, sowie verschiedene Möbel, die ihr von Seiten der Familie ihrer Mutter zugefallen wären. In den Raum, von wo aus ihr Sohn den Schuss in die Fabrik abgegeben haben sollte, wollte sie mich nicht hineinlassen, weil er, wie sie sagte, verschlossen sei. Sie sprach von den Drn. Ch., F., L., C. als Sachverständigen in ihrer Sache, und dass sie den Dr. C. für die Rolle, die er gespielt hätte, gern prügeln möchte.

Frau X. trug eine excentrische Kleidung: alte Wittwenhaube nach veralteter Mode und Wittwenkleider. Sie machte sich im Busenlatz mehrmals zu thun, als ob sie etwas darunter verborgen hätte und sich vergewissern wollte, ob es noch sicher wäre. Ihre Hände waren beschmutzt und die Fingernägel mit Krusten bedeckt. Die Fenstervorhänge waren dick zugezogen, das Haus finster. In den beiden von mir gesehenen Stockwerken zeigte sich sonst nicht viel Unordnung, obgleich ein schlechter Geruch wie von schmutziger Wäsche das ganze Haus durchzog. Verschiedene Male stand sie auf und sah durch ein Guckloch in den Vorhängen.

Herrn K. wollte sie, wie sie sagte, als Sohn adoptiren.

Nach Erwähnung des Mordes und der Vergiftungsversuche Seitens ihres Sohnes sprach sie von ihm sympathisch als dem „armen Jungen“, den sie in Colorado mit einem Salair unterstützen müsste und wollte. Es wäre gut, meinte sie, wenn ich ihn besuchte zum Beweise der Identität von „Marie“, die ihr Gift gegeben hätte. Sie deutete an, er wäre der schwache Tölpel von Intriganten, namentlich von Herrn W.

In Betracht der vorangegebenen Verhandlungen bei meinem Besuche, muss ich erklären, dass meiner Ansicht nach Frau X. an Paranoia oder Geistesstörung mit systematisirten Wahnideen leidet. Ihr Verfolgungswahnsinn ist der organisirte Ausgangs- und Ver-

einigungspunkt für ihr Denken, Fühlen und Handeln. Um ihn, als logische Stütze, gruppiren sich alle, auch die trivialsten Vorgänge ihres vergangenen und jetzigen Lebens, und Alles, was sie in ihrem Wahn auffasst, begünstigt die Einbildung einer Verschwörung. Die äusseren Beziehungen der Wahnidee zu Advokaten, Richtern, Aerzten und allen mit ihr in Berührung kommenden Personen, sowie zu den täglichen Vorkommnissen sind in ihrem Geiste systematisch arrangirt und beherrschen ihn vollständig.

Richterliche Entscheidung.

Nach vollständiger Berücksichtigung der Beweisaufnahme in dieser Sache bin ich der Meinung, dass Frau X., obschon eine excentrische Dame, nicht geistig krank ist und eines gesetzlichen Vormundes nicht bedarf. Harmlose Wahnideen und eine excentrische Lebensweise konstituiren nicht mit Nothwendigkeit Geistesstörung im gesetzlichen Sinne, und der Gerichtshof würde auch nicht berechtigt sein, eine Frau der Führung ihrer eigenen Angelegenheiten zu berauben, weil sie argwöhnisch, streitsüchtig und schwierig zu behandeln ist.

In diesem Falle ist es in hohem Grade bezeichnend, dass der Haupt-Antragsteller W. X. ihr Sohn ist, zwischen welchem und seiner Mutter gegenseitiger ernster Zwist jahrelang stattfindet.

Sein Vorgehen ist der Gipfelpunkt in der Reihe von Prozessen, welche er gegen sie angestrengt hat wegen des Besitzthums ihres verstorbenen Ehemanns, seines Adoptivvaters. Wäre es nicht wegen dieser seiner Erbitterung gegen sie, so würden wahrscheinlicherweise ihre Eigenthümlichkeiten nicht die öffentliche Aufmerksamkeit beschäftigt haben.

Es wird daher beschlossen, dass der Antrag abzulehnen ist, und dass die Beklagte hiermit von der zur Zeit in Kraft stehenden Vormundschaft befreit wird.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

[illegible] Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe — im Hotel Germania — am 2. und 3. November 1901.

Geschäftsführer: *Haardt*-Emmendingen und *Vorster*-Stephansfeld.

Anwesend folgende (67) Herren: *Alzheimer*-Frankfurt, *Arndt*-Heidelberg, [illegible]-Pforzheim, *Bartels*-Strassburg, *Becker*-Baden-Baden, *Beyer*-Litten-[illegible], *Bezzola*-Ermatingen, *Bieberbach*-Heppenheim, *Binswanger*-Konstanz, [illegible]-Saarbrücken, *Ebers*-Baden-Baden, *Eschbacher*-Freiburg, *Fauser*-Stuttgart, *Felsch*-Hofheim, Max *Fischer*-Illenau, *Fischer*-Neckargemünd, [illegible]-Pforzheim, *Frank*-Münsterlingen, *Friedmann*-Mannheim, *Fröhlich*-[illegible]ingen, *Fürer*-Rockenau, *Fürstner*-Strassburg, *Gaupp*-Heidelberg, *Gutsch*-Karlsruhe, *Haardt*-Emmendingen, *Hecker*-Wiesbaden, *Hess*-Stephansfeld, [illegible]-Strassburg, *Holl*-Heidelberg, *Homburger*-Frankfurt, *von Jagemann*-Emmendingen, *Jahrmärker*-Marburg, *Kaiser*-Karlsruhe, *Knoblauch*-Stephansfeld, *Kölle*-Pfullingen, *Köster*-Giessen, *Köstlin*-Stuttgart, *Kraepelin*-Heidelberg, *Krauss*-Kennenburg, *Kreuser*-Schussenried, *Kügelgen*-Reval, *Levi*-Stuttgart, *Lilienstein*-Nauheim, *Ludwig*-Heppenheim, *Neumann*-Karlsruhe, [illegible]-Heidelberg, *Pfister*-Freiburg, *Pregowski*-Heidelberg, *Ribstein*-Bruchsal, [illegible]-Hirsau, *Römheld*-Heppenheim, *Rühle*-Schussenried, *Sander*-Frankfurt, [illegible]-Pforzheim, *Schott*-Tübingen, *Schüle*-Illenau, *Smith*-Schloss Marbach, [illegible]-Illenau, *von Tschelotschilin*-Tambow (Russland), *Vorster*-Stephansfeld, [illegible]-Stuttgart, *Wiedenmann*-Rottenmünster, *Wiehl*-Schussenried, *Wildermuth*-Stuttgart, *Wilmanns*-Heidelberg, *Würth*-Hofheim, *Wunderlich*-Karlsruhe.

I. Sitzung am 2. November Nachmittags 1/2 3 Uhr.

Vorster-Stephansfeld eröffnet die Versammlung und theilt mit, dass [illegible] Fernbleiben entschuldigt und die Versammlung begrüsst haben: *Aschaffenburg*-Halle, *Raecke*-Tübingen, *Schultze*-Andernach, *Sommer*-Giessen, *Weygandt*-Würzburg.

Gestorben ist *Gessner*-Winnenthal.

8*

Der von *Weygandt* angekündigte Vortrag „Eine psychische E demie“ wurde zurückgezogen. Nachträglich hat *Smith*-Schloss Marb einen Vortrag angemeldet „Elektrotherapie bei Depressio zuständen der Neurasthenie und gewissen Formen der Mel cholie.“

Den Vorsitz übernimmt *Ludwig*-Heppenheim.

Schriftführer: *Hess*-Stephansfeld und *Neumann*-Karlsruhe.

Kreuser-Schussenried: Der Werth medikamentöser Beruh ungsmittel bei Behandlung von Geisteskranken. (Referat.)

Nichts erscheint natürlicher, als dass es bei Behandlung von Geis kranken stets für eine der wichtigsten Aufgaben gegolten hat, ihren regungszuständen wirksam entgegenzutreten. Erschweren doch solche erst das Zusammenleben der Erkrankten mit ihrer seitherigen Umgeb und gefährden sie nicht selten auch die öffentliche Ordnung, sodass ih wegen rascher als aus irgend einem anderen Grunde ärztliche Hilfe Anspruch genommen zu werden pflegt. Den Arzt lehren seine Beobachtun bald, dass bei heftigeren Graden und bei längerer Dauer von psychisc Aufregungszuständen die Patienten meist schnell nach jeder Hinsicht, in unmittelbar das Leben gefährdender Weise herunterkommen. So w auch er sich häufig genug zu entschiedenem Handeln gedrängt füh Dazu kommt, dass in der Regel der Irrenarzt eine grössere Anzahl Kranken gemeinsam zu behandeln hat, wobei auch der störende Einfl den jeder einzelne Erregte auf seine Mitpatienten haben kann, ernstli Berücksichtigung erfordert.

So dringend immer der Wunsch nach Beruhigung der Aufregun zustände an die Irrenärzte herangetreten ist, so verschiedenartig sind Laufe der noch kurzen Geschichte der Psychiatrie die Mittel und W gewesen, deren man sich zu seiner Erfüllung bediente. Hatte zunäc die praktische Irrenheilkunde ihr Augenmerk darauf gerichtet, wie sich rohen mechanischen Beschränkungen, die sie aus der traurigen Epo einer nicht-ärztlichen Verwahrung gefährlicher Geisteskranker vorgefun hatte, methodisch in schonendere Formen bringen, theilweise auch du Abschreckungs- und Ekelkuren ersetzen lassen, so hat sie später dan getrachtet, vermittelst zahlreicher und langdauernder Isolirungen nicht all störende Geisteskranke von ruhigeren, sondern auch äussere Reize besonders erregbaren Patienten thunlichst fernzuhalten. Als man da erkannte, dass die gehofften Erfolge so nicht genügend und namentl auch nicht ohne anderweitige bedenkliche Nachtheile für viele Kranke s erreichen lassen, wurden aus dem Arzneischatze die narkotischen Mit theilweise in recht heroischen Gaben herangezogen, um mit ihrer Hilfe Erregbarkeit der Kranken zu beseitigen und ihres psychomotorischen Dran Herr zu werden. Unbefriedigende Resultate und recht unerwünschte Neb wirkungen haben diese Medikamente nicht nur bei den Vertretern

Isolirmethode", sondern auch bei vielen auf wissenschaftlichem Boden stehenden Aerzten mehr oder weniger in Misskredit gebracht. In der neueren Psychiatrie zeitigten jetzt die Bemühungen, bei Bettbehandlung und sorgfältigster Ueberwachung der Kranken vorzugsweise oder gar ausschliesslich die hydrotherapeutischen Prozeduren zu Beruhigungszwecken auszubilden.

Auch heute noch kann die Frage nach der zweckmässigsten Behandlung der psychischen Erregungszustände keineswegs für abgeschlossen gelten. Wohl hat der eben skizzirte Entwicklungsgang unserer Disciplin dazu geführt, dass alle mechanischen Beschränkungen längst aus den Irrenanstalten entfernt sind, dass auch über die Forderung nach thunlichster Vermeidung der Isolirungen eine ziemlich allgemeine Uebereinstimmung herrscht. Ueber die Zulässigkeit und Zweckmässigkeit des Gebrauchs von beruhigenden Arzneimitteln gehen dagegen die Ansichten noch recht weit auseinander. Während er auf der einen Seite geradezu als zweckwidrig und schädlich geschildert, als „chemischer restraint" ebenso entschieden verworfen wird, wie die mechanische Beschränkung, könnte das lebhafte Angebot stets neuer solcher Mittel und die recht umfangreiche Literatur, die auch die neueste Zeit über sie aufzuweisen hat, den Eindruck erwecken, als ob in einem anderen Lager das Ideal einer ärztlichen Behandlung der Aufregungszustände darin gesucht würde, geeignete Medikamente zu ihrer Bekämpfung auszuwählen und diese zu zweckentsprechender Anwendung zu bringen.

So dürfte es nicht unzweckmässig sein, dass die Frage nach dem Werthe solcher Mittel für die psychiatrische Therapie in unserer Versammlung zur Diskussion gestellt worden ist. Das Referat, dass hierzu die Einleitung bilden soll, wird sich in erster Linie der Frage zuzuwenden haben, ob und wie weit es überhaupt angezeigt erscheint, beruhigend auf die Erregungszustände der Geisteskranken einzuwirken. Wird diese in bejahendem Sinne entschieden, so wird weiter zu untersuchen sein, welche Mittel uns für diesen Zweck zu Gebot stehen und welchen Erfolg sie versprechen; inwieweit insbesondere Veranlassung vorliegt, neben anderen Beruhigungsmitteln oder anstatt derselben auf den Arzneischatz zurückzugreifen, und endlich werden die Erfahrungen zu besprechen sein, die über die gebräuchlichsten der hierher gehörigen Mittel vorliegen. — Werden dabei vorzugsweise die Verhältnisse der Anstaltsbehandlung zu berücksichtigen sein, so wird auch die Einzeltherapie der Privatpraxis nicht ausser Acht bleiben dürfen.

Um immer zielbewusst vorgehen und des Erfolges sicher sein zu können, musste die Therapie sich stützen auf eine genaue Kenntniss der pathologischen Processe im Organismus, deren klinische Erscheinungen uns entgegentreten, und auf exakte Forschungsergebnisse darüber, wie die normalen Vorgänge im menschlichen Körper überhaupt, die pathologischen im Besonderen von den zur Anwendung kommenden Mitteln beeinflusst werden.

Nach beiden Richtungen ist unser Wissen noch recht lückenhaft, sodass wir zunächst und wohl noch auf lange Zeit hinaus dazu genöthigt sind, unsere Verordnungen nach Erfahrungen zu bemessen, vermöge deren wir aus einer gewissen zeitlichen Aufeinanderfolge von beobachteten Thatsachen auf ursächliche Beziehungen zwischen denselben schliessen. Das Wesen dieser Beziehungen ist uns meist noch so verborgen, dass es allenthalben subjektiven Auffassungen und Deutungen unterliegen muss. So fehlen uns auch noch die wesentlichsten Voraussetzungen für eine zuverlässige Beurtheilung der Heilkraft unserer Ordinationen; für die psychiatrische Therapie muss dies aber noch in besonderem Masse zugegeben werden. Bau und Funktionen des Centralnervensystems, mit dessen Erkrankungen die Psychiatrie sich beschäftigt, weisen noch sehr viele dunkle Punkte auf und alle die hoffnungsvoll unternommenen Versuche, durch vervollkommnete Untersuchungsmethoden zu einer pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten zu gelangen, haben nur zu bescheidenen Ergebnissen zu führen vermocht. Die Aetiologie der psychischen Störungen ist zwar recht vielseitig, giebt uns aber nichts weniger denn eine klare Auskunft darüber, wie die einzelnen ganz unverkennbaren Schädlichkeiten zu bestimmten psychopathischen Erscheinungen führen. Ja selbst die klinischen Erscheinungen, die wir tagtäglich vor Augen haben, sind so wenig eindeutig, dass es bisher noch niemand gelingen konnte, sie in ein System zu bringen, das sich allgemeiner Anerkennung hätte erfreuen dürfen. Ueber die Wirkungen der gebräuchlichen Heilagentien auf das Centralnervensystem und seine Funktionen liegen ausser den klinischen Erfahrungen auch sehr verdienstliche Experimentalstudien vor. Doch auch ihre Ergebnisse haben uns noch nicht soweit gefördert, dass wir von irgend einer unserer Verordnungen bestimmt sagen könnten, wie der von der einen oder anderen unzweifelhaft beobachtete günstige Einfluss zu Stande kommt. Wir müssen uns vorerst darauf beschränken, mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit die Wirkungsweise unserer Ordinationen zu vermuthen, indem wir zu ihrer Erklärung die Erfahrungsthatsachen aus der experimentellen Physiologie und Pathologie heranziehen.

Für unser Verhalten den psychischen Aufregungszuständen gegenüber nun dürften die Studien über die Ermüdung besonders beachtenswerth sein. Bei andauernder übermässiger Erregung eines Nerven pflegt sich an diesem bekanntlich eine Ernährungsstörung einzustellen, die sich zunächst in einer Steigerung seiner Erregbarkeit bei Abnahme der Energie seiner Leistungen kund giebt. Diese Ermüdung der Nerven verlangt zu ihrer Behebung namentlich Thätigkeitspausen, wie sie am vollständigsten während des Schlafs vorhanden sind. Dem Eintritt der Thätigkeitspause und damit der Beseitigung der Ernährungsstörung kann aber die erwähnte Steigerung der Erregbarkeit hinderlich werden. Bleibt sie aus, so geht die Ermüdung ohne scharfe Grenzen über in die Erschöpfung, eine von ihr wohl nicht nur quantitativ, sondern wahrscheinlich auch qualitativ verschiedene Er-

nährungsstörung. Denn von ihr ist eine Erholung wenn überhaupt, so doch nur unverhältnissmässig langsamer und häufig auch weniger vollständig noch möglich.

Mit den experimentell zu erzeugenden Ermüdungserscheinungen und dem mit ihnen verbundenen Zustande von reizbarer Schwäche des einzelnen Nerven bietet das Verhalten des ganzen Centralnervensystems im Beginn und auch während der Dauer der meisten Psychosen recht nahe liegende Analogieen. Es dürfte darum nicht allzu gewagt sein, als möglich, ja wahrscheinlich anzunehmen, dass funktionelle Ueberanstrengungen und Erregungen des Centralnervensystems, namentlich seiner psychischen Thätigkeit, durch die Vermittlung von Ermüdungserscheinungen unmittelbar in psychische Krankheit übergehen können. Umso näher wird diese Gefahr liegen, wenn die gesteigerte Erregbarkeit wie so häufig zu habituellem Schlafmangel geführt hat, die günstigsten Bedingungen für einen Ausgleich der vorhandenen Ernährungsstörung also in Wegfall gekommen sind. Wohl ist eine solche Entstehung von typischen Erkrankungen und speciell von psychopathischen Erregungszuständen nicht mit der Sicherheit eines Experiments nachzuweisen und wird sie kaum je als einziges ursächliches Moment in Betracht kommen. Es muss aber die Häufigkeit, mit der sich in der Anamnese des Geisteskranken erschöpfende Einflüsse auf das Centralnervensystem finden, wie auch die Thatsache, dass mit den gesteigerten Anforderungen einer höheren Kultur an die psychische Leistungsfähigkeit der einzelnen Individuen die Morbidität an Geisteskrankheiten offenbar zugenommen hat, für die Bedeutung dieses ätiologischen Faktors sprechen. Kann er allein keine spezielle klinische Form bestimmen, so ist hierfür dann vielleicht das Zusammentreffen mit anderen ätiologischen Faktoren massgebend.

Mag aber auch eine solche Genese von psychischen Erkrankungen ausser Betracht bleiben, so wird doch wohl kaum anders angenommen werden dürfen, als dass die pathologischen Processe selbst, wie sie namentlich den klinischen Erscheinungen der Aufregungszustänge zu Grunde liegen, Ernährungsstörungen darstellen, die, je heftiger sie zu Tage treten, je länger sie währen und je weniger sie von ruhigeren Phasen und von Schlaf unterbrochen werden, nothwendig erschöpfend auf das Centralnervensystem zurückwirken müssen. Welche speciell klinische Form von Geistesstörung auch vorliegen mag, so wird der Grad von Erregung, mit der sie einhergeht, und der sie begleitende Schlafmangel fast immer einen Massstab für die Intensität der Krankheit selbst und damit für den Nachtheil, der von ihr dem Gesammtorganismus droht, abgeben können. Umgekehrt zeigt oft und viel ein Nachlass der Erregungserscheinungen bei sonst noch kaum verändertem psychopathischem Zustand zuerst den Beginn der Rekonvalescenz an; keineswegs immer, denn wie andere Seiten des Allgemeinbefindens können sich auch Erregungserscheinungen und Schlafmangel beim Eintritt der Verblödung bessern. Wenn nun auch in chronischen Krankheitsfällen

bisweilen Erregungserscheinungen und Schlafmangel Jahre und Jahrzehnte hindurch andauern können, ohne zunächst das Allgemeinbefinden der Patienten und selbst ihre geistigen Fähigkeiten allzu schwer zu beeinträchtigen, so wird sich ihr erschöpfender Einfluss schliesslich doch noch geltend machen und wird in ihrer Fortdauer auch ein nicht unwesentliches Hinderniss für den Eintritt einer noch einigermassen günstigen Wendung angesehen werden müssen. Deutlicher tritt der deletäre Einfluss der Erregungszustände meist bei akuten Erkrankungen zu Tage; hier sieht man durch sie verursacht nicht selten einen bedrohlichen Verfall des allgemeinen Kräftezustandes, wie auch ein schweres Darniederliegen der psychischen Leistungsfähigkeit. Ein solches kann gelegentlich eine beginnende Verblödung vortäuschen zumal weniger geübten Anhängern einer Richtung in der Psychiatrie, die für ihre Klassifikation auf den frühzeitigen Eintritt von Verblödungserscheinungen besonderes Augenmerk zu richten lehrt.

Bei dem gesetzmässigen Verlauf, den bis zu einem gewissen Grade auch die psychischen Erkrankungen aufweisen, werden sowohl die Erregungserscheinungen selbst, als auch die ihnen nachfolgenden Phasen von Erschöpfung als unvermeidliche Verlaufsstadien angesehen werden müssen, die an sich kein Hinderniss für die Wiederherstellung bilden. Es wird darum auch nicht Aufgabe des Irrenarztes sein können, die Erregungserscheinungen um jeden Preis hintanzuhalten, ruhelosen Kranken unter allen Umständen Schlaf, möglichst viel Schlaf zu verschaffen in der Erwartung, dass dadurch die Krankheit selbst am wirksamsten bekämpft und jeder Art von bleibender Erschöpfung sicher vorgebeugt werde. Man würde mit einem solchen Vorgehen wohl ebenso wenig befriedigende Erfolge erzielen, wie wenn man z. B. eine acut fieberhafte Infectionskrankheit mit allen zu Gebote stehenden Mitteln ganz fieberlos zu gestalten versuchen wollte. Wohl aber haben wir gewiss allen Grund anzunehmen, dass die Aussichten auf Erhaltug des Lebens und auf Wiederherstellung der geistigen Gesundheit umso ernstlicher bedroht sind, je furibunder die Erregungserscheinungen sich gestalten, je ununterbrochener sie anhalten und je schwerere Zustände von körperlicher und geistiger Erschöpfung sich an sie anschliessen. Die heftigsten Erscheinungen zu mildern und ihren nachtheiligen Rückwirkungen auf den körperlichen und geistigen Kräftezustand vorzubeugen, werden wir darum jedenfalls anzustreben haben, wie wir andererseits die Widerstandsfähigkeit des Organismus zu erhalten suchen werden durch zweckmässige Ernährung und durch Förderung des Schlafs. Unter diesen Gesichtspunkten werden wir uns je nach Lage des einzelnen Falles der Beruhigungs- und Schlafmittel mit Vortheil zu bedienen haben. Den schwersten Gefahren der psychischen Erkrankungen können wir hoffen, mit ihrer Hilfe die Spitze abzubrechen, wohl auch den gesammten Krankheitsverlauf milder zu gestalten und so die Genesung zu fördern und zu beschleunigen. Namentlich können aber auch die subjektiven Qualen, welche Aufregung und Schlafmangel, zumal wenn sie mit Angstgefühlen

verbunden sind, den Patienten bereiten, erheblich erleichtert und wohlthätig unterbrochen werden. — Doch auch wo eine beruhigende Einwirkung auf einen erregten Kranken durch sein eigenes Interesse nicht durchaus geboten erscheinen sollte, kann sie gelegentlich dann vollkommen gerechtfertigt sein, wenn wenigstens ohne Nachtheil für ihn selbst sein störender Einfluss auf die Mitpatienten dadurch beseitigt werden kann. Wird durch eine solche Ordination für einen ganzen Saal oder eine ganze Abtheilung die erwünschte Ruhe geschaffen, so kommt dies indirekt auch jenen Einzelnen wieder zu gut. Denn auf die von einigen Seiten hervorgehobene gegenseitige Toleranz erregter Kranker sich verlassen zu wollen, ist ebenso wenig sicher, als human. Je entschiedeneren Werth wir vielmehr im Interesse besserer Beobachtung und Verpflegung der Kranken auf ihre Unterbringung in Wachsälen legen, desto mehr haben wir darauf zu halten, dass diese ihren Namen dadurch verdienen, dass zwar das Pflegepersonal daselbst stets offene Augen habe, aber nicht dadurch, dass die Kranken sich durch ihre Unruhe gegenseitig wach erhalten.

So entschieden theoretische Erwägungen und praktische Erfahrungen für die Zweckmässigkeit und Nothwendigkeit beruhigender Einwirkungen auf erregte Geisteskranke sprechen müssen, so ernstlich ist immer und in jedem einzelnen Falle wieder und wieder zu erwägen, welche Mittel und Wege diesen Zweck einfach und sicher, ohne störende Nebenwirkungen zu erreichen gestatten. Nicht nachdrücklich genug kann zumal dem angehenden Irrenarzte vorgehalten werden, dass die erfolgreiche Behandlung aller Erregungszustände und der Schlaflosigkeit nicht in erster Linie von der Verordnung eines specifischen Beruhigungsmittels abhängt, dass hierfür die sorgfältigste Erforschung ihrer jeweiligen besonderen Ursachen und Anlässe von weit grösserer Bedeutung ist. Bei der gesteigerten Empfindlichkeit und Erregbarkeit der Kranken, um die es sich hier handelt, ist keine Störung ihres Befindens, kein äusserer Umstand so geringfügig, dass dadurch nicht Aufregungszustände provocirt und der Schlaf beeinträchtigt werden könnte. Abgesehen von den allgemeinen Verhältnissen der Anstalt, ihrer Lage, ihren baulichen und administrativen Einrichtungen, ihrer angemessenen Belegung und ihrem gesammten Betriebe mit allen hier nicht weiter zu erörternden Einzelheiten sind die besonderen Gewohnheiten und Bedürfnisse jedes Kranken und vor allem sein gesammter körperlicher und geistiger Zustand in Betracht zu ziehen. Niemals darf vergessen werden, dass von vielen Geisteskranken so wenig wie von Kindern zutreffende eigene Klagen über die Störungen ihres Befindens erwartet werden können. Der Arzt mit Hilfe eines gut geschulten Personals ist es, der diesen nachzuspüren und nach den verschiedensten Richtungen hin für die geeignete Abhilfe Sorge zu tragen hat. Durch das gesammte diätetische Regime und die Regelung der körperlichen Functionen, durch eine planmässige Vertheilung von Ruhe und Bewegung, Erholung und Beschäftigung, durch die Förderung auch des äusseren Behagens seiner Patienten wird er je

nach Lage des Falles auch die Erregungserscheinungen bekämpfen u besondere Ordinationen gegen dieselben unentbehrlich machen.

Von solchen besonderen therapeutischen Anordnungen kommt n unseren heutigen Anschauungen in erster Linie die Bettruhe in Betra die oft und viel ausreicht zu beruhigendem Einfluss auf selbst schw Erregungszustände. Sie darf natürlich nicht zu einseitig und ausschlie lich geübt werden, wenn sie diesen Zweck wirklich erreichen und ol nachtheilige Rückwirkungen auf den Allgemeinzustand bleiben soll. Gera bei ihr erscheint auch die richtige Vertheilung der Kranken besond wichtig und er hat sich mit ihr unter Umständen auch eine geeign Separirung oder auch Isolirung solcher Pfleglinge zu verbinden, die n einmal bei gemeinsamer Unterbringung weit schwerer zur Ruhe komm oder auch andere nicht zur Ruhe kommen lassen. Dass es solche Patient immer wieder giebt, bei denen es nicht etwa nur „eben nicht anders geh sondern bei denen die wünschenswerthe Beruhigung auf diesem We leichter nnd sicherer, sowie mit geringeren Nachtheilen, als auf je andere Weise sich erreichen lässt, das möchte ich nicht unterlassen, d Prinzip der zellenlosen Behandlung gegenüber als meine Ueberzeugu unumwunden auszusprechen.

Als weitaus wichtigstes Beruhigungsmittel sind jetzt die hydr therapeutischen Proceduren ziemlich allgemein anerkannt. Nur u etwaigen Missverständnissen vorzubeugen, soll gesagt werden, dass es si dabei niemals um eingreifende Kaltwasserkuren handeln darf, wie sie v Laien und noch deren Vorgang leider auch von einzelnen Aerzten zu Schaden von Nerven- und Geisteskranken immer wieder geübt werde Wohl aber sind bei richtiger Stellung der Indicationen einfache Waschung und Uebergiessungen, nasse Einpackungen und vor allem warme Bäd von verschieden langer, unter Umständen sehr prolongirter Dauer die we aus besten und zugleich auch unschädlichsten Mittel, um die Erregung zustände und den Schlafmangel der Geisteskranken günstig zu beeinflusse Jedoch auch sie werden nicht von allen Patienten gleich gut ertrage begleitende somatische Störungen können vorübergehend oder dauer Contra-Indicationen gegen ihre Anwendung abgeben. Manche erreg Geisteskranke sträuben sich auch verzweifelt gegen jede Wasseranwendu selbst in der harmlosesten Form, wie überhaupt gegen jede ihnen v anderer Seite angesonnene Zustandsveränderung; bisweilen sind dabei na bestimmter Richtung hin krankhaft veränderte Auffassungen dieser Patient über die Zwecke der ärztlichen Anordnungen zu berücksichtigen. Lass sich die Kranken nur unter Anwendung von Gewalt in ein Bad bring und dort festhalten, so muss eine beruhigende Wirkung desselben ernstli in Frage gestellt erscheinen, und es wird dann namentlich gegen sei etwa angezeigt erscheinende Wiederholung vielleicht ein noch heftiger Widerstand zu befürchten sein. Muss es aus diesen Gründen sehr e wünscht sein, wenn dem Arzte auch noch andere Arten von beruhigend

Einwirkung zur Verfügung stehen, so werden selbst in der best eingerichteten Anstalt gelegentlich auch rein äussere Schwierigkeiten, Bäder in der erforderlichen Anzahl und Dauer an alle gleichzeitig einer Beruhigung bedürftigen Pfleglinge zu verabfolgen, einen solchen Wunsch nur unterstützen können. Bisweilen hat selbst die Durchführbarkeit einer Badebehandlung eine gewisse vorbereitende Beruhigung mit andern Mitteln zur Vorbedingung.

Als solche Beruhigungsmittel stehen uns eine Anzahl von Medikamenten zu Gebot, von denen experimentell nachgewiesen ist, dass sie bei geeigneter Dosirung im Nervensystem theils die centrale, theils die periphere Erregbarkeit herabzusetzen im Stande sind, während von anderen bekannt ist, dass sie auf vorerst nicht näher festzustellende Weise Schlaf bewirken. So verschiedenartig ihre Wirkungsweise im Einzelnen sein mag, so ist sie für unsere praktischen Zwecke doch nicht zu ungleichartig, um zunächst eine gemeinschaftliche Erörterung der für ihre Verwerthung am Krankenbett wichtigen allgemeinen Gesichtspunkte unstatthaft erscheinen zu lassen. Einer kurzen Besprechung der einzelnen Medikamente kann es vorbehalten bleiben, ihrer muthmasslichen Wirkungsweise, sowie der besonderen Indicationen und Contraindicationen zu gedenken.

Wie schon an anderer Stelle angedeutet worden ist, erwartet man heutzutage von kaum einem der in der psychiatrischen Therapie gebräuchlichen Beruhigungsmittel eine specifische Wirkung auf einen bestimmten psychopathologischen Process. Anstatt eines auf mehr oder weniger unsichere Erfahrungen sich stützenden Arzneiglaubens hat sich die wissenschaftliche Heilkunde gewöhnt, die Wirkung der toxischen Substanzen auf einzelne Functionen und Lebenserscheinungen des Organismus zu prüfen und erst die so gewonnenen Resultate am Krankenbett zu verwerthen. Bei den Beruhigungsmitteln kann nach den früheren Ausführungen an eine Verwerthung in dem Sinne nicht gedacht werden, dass mit ihrer Hilfe eine Unterdrückung aller Erregungserscheinungen angestrebt würde in der Voraussetzung, dass so der ganze Krankheitsverlauf gewisssermassen gewaltsam in eine günstigere Richtung gedrängt werde. Es wäre dies wohl ein ebenso vergebliches als gefahrvolles Unterfangen. Jedoch auch wenn wir uns damit bescheiden wollen, die psychopathischen Vorgänge nur soweit zu beeinflussen, dass ihre besonders störenden und nachtheiligen Erscheinungen thunlichst gemildert werden, wenn wir zufrieden sein wollen, die Widerstandsfähigkeit unserer Kranken so gut als möglich zu erhalten und ihre Leiden erträglicher zu gestalten, haben wir damit zu rechnen, dass die hierzu angewandten Arzneiwirkungen keine absolut zuverlässigen sind, dass sie sich vielfach nicht auf das beschränken, was wir gerade beabsichtigen. Namentlich hat man mit nicht unbeträchtlichen individuellen Verschiedenheiten in der Empfänglichkeit und Empfindlichkeit den einzelnen Arzneimitteln gegenüber zu rechnen, die auch bei einem und demselben Individuum noch je nach dem zeitweiligen Allgemeinzustand variiren kann. Ihretwegen

wird man kaum je mit voller Sicherheit in Aussicht nehmen dürfen, dass eine Ordination die beabsichtigte Wirkung und nur diese haben werde. Namentlich ist die beruhigende Wirkung an eine nicht immer im Voraus genau zu bestimmende Dosis gebunden; kleinere Gaben der Beruhigungsmittel haben bisweilen selbst eine erregende Wirkung, die auch bei richtig getroffener Dosis dem beruhigenden Effekt noch vorangehen kann. Der jeweilige Erfolg dieser Mittel ist ferner zeitlich beschränkt, während die psychopathologischen Processe bekanntlich meist eine längere Dauer haben. So wird meist nur von wiederholter Verabreichung der Beruhigungsmittel ein einigermassen befriedigender Erfolg erwartet werden können. Bei solcher pflegt sich aber die Wirksamkeit dieser Mittel abzuschwächen, sodass bei längerer Behandlungsdauer sehr gewöhnlich eine Steigerung der Gaben nothwendig wird. Werden nun allerdings narkotische Mittel von den Geisteskranken verhältnissmässig gut ertragen, so schliesst auch eine Gewöhnung an sie keineswegs aus, dass je länger desto mehr auch unerwünschte Wirkungen kumulativ sich geltend machen. Ohne dass noch ein dauernder Beruhigungserfolg erreicht worden wäre, können sich so geradezu neue Krankheitserscheinungen herausbilden, die lediglich dem verordneten Medikament zur Last gelegt werden müssen. Derartige Arzneikrankheiten können in acutem oder chronischem Verlaufe für den betreffenden Patienten fataler werden, als es vielleicht die psychische Störung gewesen war, welche die Verordnung veranlasst. — So sind den warmen Anpreisungen neuer Beruhigungsmittel nicht selten früher oder später recht unangenehme Erfahrungen nachgehinkt. Sie haben in weiten Kreisen zum Skepticismus gegen alle medikamentösen Beruhigungsmittel geführt. Nicht nur ihr Nutzen gegen die Krankheit selbst, auch ihre symptomatische Bedeutung ist ihnen abgesprochen worden; sie sollten in Wahrheit weniger zur Beruhigung der Kranken, als zu der eines bequemen ärztlichen und Pflegepersonals beitragen.

Auch statistisches Material ist dafür beigebracht worden, dass die Unruhe auf den Krankenabtheilungen beim Aussetzen aller Schlafmittel eher ab- als zunehmen. Dass auch gegentheilige Erfahrungen sich mit entsprechenden Zahlen belegen liessen, wird wohl niemand bezweifeln, wohl aber dass die fundamentalsten Voraussetzungen dafür fehlen, um solche Fragen auf statistischem Wege zum Austrag zu bringen.

Das gewisse Medikamente beruhigend auf Geisteskranke wirken können, ist unverkennbar für jedermann und dass beruhigende Einwirkungen auf diese ihre Genesung gelegentlich fördern, die Verpflegung auch Unheilbarer recht wesentlich erleichtern und vielen unserer Patienten ihren Krankheitszustand erträglicher zu gestalten vermögen, dürfte ebenso genügend begründet sein. Dann wird man aber auch keinerlei Art von Beruhigungsmitteln zu scheuen haben, wenn man nur den etwa damit verbundenen Gefahren genügend vorzubeugen und zu begegnen vermag. Dass wir hierzu bei genügender Vorsicht im Stande sind, wird niemand bestreiten

wollen und so hiesse es, das Kind mit dem Bade ausschütten, wenn wir auf jede medikamentöse Behandlung der psychischen Aufregungszustände deshalb verzichten würden, weil man bei dieser auch schon unangenehme Erfahrungen zu machen Gelegenheit gehabt hat. Wer sich der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit bewusst bleibt, wer die mit der Verabreichung der einzelnen Mittel verbundenen Gefahren kennt und seine Kranken auf deren eventuellen Eintritt hin jederzeit sorgfältig beobachtet, der kann von den medikamentösen Beruhigungsmitteln mit demselben Rechte Gebrauch machen, mit dem überhaupt toxische Stoffe bei der Krankenbehandlung verwendet werden. Nachtheile treten davon eben nur dann ein, wenn es noch an ausreichenden Erfahrungen fehlt oder wenn die erforderliche Vorsicht ausser Acht gelassen wird. Zu dieser gehört vor allem auch noch eine Rücksichtnahme auf die bereits erwähnte Gewöhnung an die betreffenden Mittel, sowie auch die Erfahrung, dass bei manchen habituell genommenen Mitteln ein plötzliches Aussetzen zu recht unangenehmen, bisweilen auch bedenklichen Abstinenzerscheinungen führt. Mag alles dazu beitragen, dass man für gewöhnlich allen diätetischen und physikalischen Beruhigungsmitteln noch mehr den Vorzug giebt, so wird man angesichts der recht erheblichen Schwierigkeiten, die sich dem Irrenarzte bei Einhaltung des Weges, den er für den besten erachtet, immer wieder entgegenstellen, doch nur froh sein können, dass dieser nicht der einzige ist, der zum Ziele führt.

Noch ist der erschwerenden Umstände zu gedenken, die sich der Durchführung einer medikamentösen Behandlung nicht selten entgegenstellen. Recht viele unserer Kranken haben in Ermangelung eines Krankheitsgefühls, in Folge von Misstrauen und von Wahnvorstellungen eine schwer zu überwindende Abneigung gegen den Arzt in seinen Ordinationen, ganz besonders aber auch gegen alle Arzneien. Ein solches Widerstreben wird bei manchen der per os zu verabreichenden Beruhigungsmittel noch vermehrt durch ihren schwer zu korrigirenden widerlichen Geschmack, theilweise auch durch gewisse vom Arzte selbst nicht so sehr gefürchtete Nebenwirkungen, die wenigstens vorübergehend das subjective Befinden beeinträchtigen und dadurch auch dem krankhaften Misstrauen Nahrung geben können. So ist es nicht immer möglich, den Patienten zu freiwilligem Einnehmen der Medikamente zu bestimmen. Wer sich nicht offen dagegen sträubt, sucht sich manchmal heimlich der Medikation zu entziehen durch Ausspucken, künstlich erzeugten vomitus od. dergl. Die beabsichtigten Wirkungen werden damit illusorisch. Wo immer ein solches Widerstreben nicht durch Zureden sich überwinden lässt, da wird man von der Medikation — unmittelbar drohende Lebensgefahr ausgenommen — lieber ganz absehen, als zu gewaltsamer Nöthigung zu schreiten und ebenso kann in der Regel nur davon abgerathen werden, etwa heimlich in Speisen und Getränken den Kranken solche Mittel beibringen zu wollen. Ohne Noth wollen wir ja von Gewalt wie von Täuschung unseren Kranken

gegenüber mit Recht absehen. Es ist aber auch bei solchem Vorgehen die Dosirung eine viel zu unsichere, als dass wir des Erfolgs nur halbwegs gewiss wären. Die Speisen, die man etwa als Vehikel für heimliche Verabreichung wählen kann, werden nicht immer vollständig aufgezehrt, mit denen Anderer verwechselt oder vertauscht und endlich sind wir durchaus nicht sicher, dass nicht doch die Patienten von der Täuschung erfahren und nun erst recht misstrauisch werden, die Nahrung verweigern etc. — Nur ein Theil dieser Bedenken fällt weg bei subcutaner Applicationsweise, die bei einigen Beruhigungsmitteln möglich ist. Sie hat wohl den Vorzug sicherster Dosirung und raschester Wirkung, kann sich gelegentlich aber dann verbieten, wenn sie sich nur unter immer neuer Gewaltanwendung durchführen lässt.

Um nun zu den einzelnen Arzneimitteln selbst überzugehen, so ist der als Schlafmittel empfohlene Alkohol noch kaum zu den Medikamenten zu rechnen. Wird er doch meist in der Absicht verordnet, die Apotheke zu umgehen, die Form zu wählen, die von allen ärztlichen Vorschriften das geringste Widerstreben erwarten lässt. Die schlafmachende Wirkung beruht auf der vorzugsweise im Interesse des Kampfes gegen den Alkohol als Genussmittel experimentell nachgewiesenen Herabsetzung aller geistigen Thätigkeit. Vermöge dieser ist der Alkohol gewiss nicht ungeeignet, als ein mildes Schlafmittel zu wirken in Fällen von einfacher Ueberreizung bei neurasthenischen, hysterischen, auch einzelnen senilen Störungen, und besonders beim Irresein aus Zwangsvorstellungen, während er bei schwererer Aufregung nicht wohl in Betracht kommen kann. Jedenfalls ist bei seiner Verordnung sehr grosse Vorsicht angezeigt. Wegen seiner leichten Erreichbarkeit in sehr mundgerechter Form gleitet die Dosirung nur allzu leicht aus den Händen des Arztes in die der Patienten hinüber. Dies begünstigt die Gewöhnung an zunehmende Quantitäten und die Autosuggestion von ihrer Nothwendigkeit, während dem blosen Gedanken an eine Entwöhnung die vermeintliche Harmlosigkeit der Verordnung im Wege steht. Man braucht sich noch keineswegs auf den Boden der allgemeinen Abstinenzbewegung zu stellen, um die Einführung eines so verbreiteten Genussmittels unter die ärztlichen Arzneiverordnungen überall da für recht bedenklich zu halten, wo nicht zugleich die gesammte Diät der Kranken unter sorgfältiger ärztlicher Kontrolle bleibt.

Zu den verbreitetsten Beruhigungsmitteln zählen die Brompräparate. Durch directe Einwirkung auf das Gehirn setzen sie dessen Erregbarkeit herab, wahrscheinlich durch Vermittlung der vasomotorischen Centren. Aus ihrem Einflusse auf die Reflexerregbarkeit erklärt sich wahrscheinlich ihre unbestrittene specifische Wirksamkeit gegen die epileptischen Anfälle. Bei den Analogieen, die der klinische Verlauf periodischer Psychosen mit der Epilepsie aufweist, sind die Bromsalze auch bei diesen vielfach versucht worden, um Zahl und Intensität der Anfälle herabzusetzen, ohne dass ein günstiger Einfluss hätte allgemein bestätigt

werden können. Besseren Erfolg scheinen sie gegenüber der gesteigerten Reizbarkeit der im Anschluss an Kopfverletzungen Erkrankten zu versprechen, besonders wenn häufige Kopfschmerzen und Neuralgieen der Kopfnerven mit druckempfindlichen Punkten am Schädel auf chronisch entzündliche Processe hinweisen. Aber auch bei der allgemeinen nervösen und psychischen Irritabilität der Neurasthenien und leichter psychischer Depressionszustände, sowie bei der damit meist einhergehenden „nervösen Schlaflosigkeit" finden sie vielfach zweckentsprechende Verwendung, besonders bei der ambulatorischen Behandlung, für die sich viele dieser Patienten recht wohl eignen. Beruhigend wirkt das Brom nicht selten auch auf sexuelle Erregungszustände, wobei der Monobromcampher besonders empfohlen wurde, nach meinen Erfahrungen nicht mit Unrecht, wenn schon von anderen Seiten ein specifischer Einfluss dieses Präparats bestritten wird. Im Uebrigen sind es die Bromalkalien, die vorzugsweise Verwendung finden. Die anfängliche Vorherrschaft des Bromkali hat namentlich wegen des Einflusses grösserer Kaligaben auf das Herz anderen Salzen und Salzgemischen weichen müssen. In neuerer Zeit hat sich die chemische Industrie vielfach darauf verlegt, verschiedenerlei solche Mischungen auch mit anderen Medikamenten herzustellen und anzugreifen. Eigene Erfahrungen über ihre Vorzüge stehen mir nicht zu Gebote, da es mir an Veranlassung zu Versuchen damit fehlte. Auf die Dosirung der Bromsalze braucht hier wohl nicht weiter eingegangen zu werden, wichtig erscheint mir nur hervorzuheben, dass es wohl fast immer angezeigt sein wird, sie nicht nur als abendliches Schlafmittel zu geben, sondern auch durch etwas kleinere morgens zu nehmende Gaben auf die Erregbarkeitsminderung während der Tagesstunden hinzuwirken. Nicht unerwähnt dürfen die unerwünschten Nebenwirkungen bleiben, die sich zunächst an den Verdauungsorganen und der Haut, weiterhin aber auch am Nervensystem meist oft geltend machen. Lässt sich die Acne durch sorgfältige Hautpflege, der Fötor ex ore und die Störungen der Verdauung durch geeignete diätetische Vorschriften nicht unschwer in solchen Schranken halten, dass sie noch keine Kontraindicationen gegen den weiteren Gebrauch abgeben können, so verlangt das Auftreten etwaiger Gehirnerscheinungen, wie geistige Benommenheit und Stumpfheit, Nachlass des Gedächtnisses dringend ein sofortiges Aussetzen der Medikation. Erfolgt dieses rechtzeitig, so verlieren sich solche Erscheinungen rasch wieder.

Das wohl am frühesten schon in Gebrauch genommene und bis heute noch unentbehrlich gebliebene Narkotikum ist das Opium mit seinen Alkaloïden, besonders dem Morphium. Keines ist aber auch in gleichem Maasse missbraucht worden, so dass mit dem Kampf dagegen auch die Reaction gegen die ärztliche Verwendung narcotischer Mittel zuerst und mit dem meisten Rechte eingesetzt hat. — Die Opiumalkaloïde bewirken zunächst eine Abstumpfung der Empfindlichkeit, vor allem auch gegen den Schmerz; weiterhin lähmen sie die willkürliche und auch die psychische

Thätigkeit, bei grösseren Gaben schwindet auch das Bewusstsein schliesslich die Reflexerregbarkeit. In der Herabsetzung der Schm empfindlichkeit, der Milderung auch allen psychischen Schmerzes und Angstgefühle liegt zugleich ihr grösster Vorzug und ihre grösste Gef Durch Abschwächung, ja vorübergehende Aufhebung der subjectiv den tienten am meisten quälenden Erscheinungen erleichtern sie ihnen Krankheit, dem Arzte deren Behandlung und disponiren sie daher zu ei Arzneisucht um so mehr, als die Gewöhnung an das Mittel nicht ra seine Wirkung durch Steigerung der Gaben sich zu erhalten anreizt. hat besonders die so überaus bequeme Form der subcutanen Morphi Injectionen mit ihrer meist sehr prompten erleichternden Wirkung Depressions- und Angstzustände auch in der Psychiatrie eine Zeit lang übermässigem Morphium-Gebrauche geführt, wenn auch wirklicher M phinismus, vielleicht die verbreitetste und verderblichste aller Arzneikra heiten, auf ihrem Gebiete wohl nur selten erzeugt worden ist. Mit Rü sicht auf diese niemals zu unterschätzende Gefahr sind die Opiate Schlafmittel mit Recht ausser Gebrauch gekommen, wie sie auch geg die exaltativen Zustände, bei denen nur mit grossen Dosen einiger B ruhigungserfolg erzielt werden kann, wohl kaum mehr Verwendung find Wo aber immer Angst und psychisches Weh das Krankheitsbild beherrsch da werden gerade die Opiate auch von den entschiedensten Gegnern al Schlafmittel noch als vollberechtigtes Linderungsmittel anerkannt. I in der Regel chronische Verlauf dieser Zustände erfordert nicht gelege liche vereinzelte Anwendungen, sondern bisweilen methodischen Gebrau über kürzere oder längere Zeiträume. Auch dieser ist unbedenklich, we er ganz in den Händen eines vorsichtigen Arztes bleibt und wenn die sicher sein kann, die Kur auch zum Ende zu bringen. Denn jede plö liche Unterbrechung derselben pflegt ja zu nicht unbedeutenden Abstiner erscheinungen zu führen, die bei regulärem Kurverfahren durch allmählic Entwöhnung zu vermeiden sind. In der Anwendungsweise dürften Morphium-Injectionen schon wegen der bekannten Vorzüge jeder ga beim Arzte verbleibenden Therapie die erste Stelle behaupten; auch ih anfangs meist unangenehmen Wirkungen auf die Verdauungsorgane ve lieren sich in der Regel ziemlich rasch. Von vielen Seiten wird aber d Opium und seine Darreichung per os lieber angewandt.

Eine rasche und weitgehende Verbreitung hat eine Zeit lang Stelle der Opiate das Chloralhydrat gefunden wegen seiner weniger na cotischen als vorzugsweise schlafbringenden Eigenschaften. Fast eben rasch ist dieselbe aber wieder zurückgegangen angesichts der theilwei noch viel solideren Intoxikationserscheinungen, die man bei seinem länger Gebrauche und bei der Gewährung entsprechender Steigerung der Gab beobachten musste. So wenig vereinzelten Gaben unangenehme Nac wirkungen zu folgen pflegen, so ernstlich kann der lähmende Einfluss a das vasomotorische System bei längerem Gebrauche hervortreten, sowo

in den acuten Erscheinungen des Rash, als im chronischen Chloralismus mit seinen schweren Circulationsstörungen und der bedenklichen Lähmung auch der psychischen Funktionen. Direct gefährlich ist das Chloral bei Herz- und Gefässerkrankungen. Sodann muss vor jeder irgendwie länger dauernden Anwendung desselben, der bei den vorzugsweise angenehm empfundenen Wirkungen der ätzende Geschmack des Mittels ernstliche Schwierigkeiten kaum bereiten würde, entschieden gewarnt werden, während es warm empfohlen werden kann, wo es nur darauf ankommt, durch einmalige, oder allenfalls auch einige Male wiederholte Verabreichung einen gewissermassen kritischen Schlaf rasch und sicher zu erzielen, wie dies besonders bei Alkoholdeliranten mit schweren Angstzuständen der Fall ist. — Gewissermassen verwandt mit einer solchen Absicht ist es, mit einer Chloroformnarcose über heftige Aufregungszustände hinwegkommen zu wollen. Ein solches Vorgehen erschiene mir viel zu bedenklich, um es je aus anderen Indicationen zu versuchen, als sie auch für die operative Chirurgie massgebend sind. Ueber einige verwandte Präparate, wie Chloral amid etc. fehlt es mir an eigener Erfahrung.

Amylenhydrat, von dem wie vom Brom für längerdauernde Behandlung der Epilepsie, so für die Bekämpfung der acuten Gefahren des status epilepticus eine fast specifische Wirkung gerühmt wird, hat als einfaches Schlafmittel besonderen Beifall nicht gefunden. Ohne vor ähnlichen Mitteln besondere Vorzüge aufzuweisen, widersteht es durch seinen unangenehm ätzenden Geschmack. — Dagegen scheint es in seiner neuerdings unter dem Namen Dormiol in die Praxis eingeführten Verbindung mit Chloralhydrat ein nicht nur so ziemlich sicher wirkendes, sondern auch entschieden angenehmes Schlafmittel darzustellen, das nach den bisherigen Erfahrungen die Gefahren des Chlorals nicht zu theilen scheint. In Gaben von 1—3 Gr. — darüber hinauszugehen, hat sich uns seither nicht als nothwendig erwiesen — bringt es auch lebhaft erregten Kranken ziemlich sicher einen mehrstündigen ruhigen Schlaf ohne üble Nachwirkungen. Besondere Kontraindicationen haben sich bisher nicht ergeben.

Durch wesentlich ähnliche Eigenschaften hat sich einen dauernden Platz unter den Schlafmitteln schon erworben das Paraldehyd. Wohl stösst seine Anwendung bisweilen auf Widerstand wegen seines recht unangenehmen Geschmacks und Geruchs, welch' letzterer bei Ausscheidung des Mittels durch die Lungen die Ausathmungsluft der damit behandelten Patienten noch während des folgenden Tages schon aus einiger Entfernung erkennen lässt. Wo dies irgend vernachlässigt werden kann, also bei Patienten, die vermöge stärkerer Bewusstseinsstörung wenig empfindlich dagegen sind, vermag es auch, wenn diese heftiger erregt sein sollten, in der Regel ebenso sicher als rasch für einige Stunden ruhigen Schlaf zu verschaffen. Mir hat es besonders bei den Aufregungszuständen der Paralytiker vielfach gute Dienste geleistet. Obwohl es schon seit zwei Jahrzehnten im Gebrauche steht, sind unerwünschte Nebenwirkungen von Par-

aldehyd bisher nicht bekannt geworden, auch eine Gewöhnung, die zu fortschreitender Steigerung der Gaben nöthigte, findet nur in geringerem Grade statt; wohl aber tritt der charakteristische Geruch der Ausathmungsluft bei längerem Gebrauche zurück. Zu begrüssen ist es, dass man den anfangs für nothwendig erachteten Zusatz von Alkohol, der diesem „Schnaps" allerdings bei manchen Patienten erleichterten Eingang verschafft hatte, entbehren gelernt hat.

Von neueren Empfehlungen wäre noch das Hedonal zu nennen. Seiner allgemeineren Einführung steht freilich nicht allein der verhältnissmässig hohe Preis, sondern auch das relativ grosse Volumen der erforderlichen Dosis hinderlich entgegen. Ein specifisch sehr leichtes Pulver bewirkt es in Gaben von 4,0—6,0 Gr. einen Schlaf, der mir von einzelnen besonnenen Patienten schon recht gerühmt worden ist, während bei anderen der Erfolg zu wünschen übrig liess. Versuche, eine angebliche diuretische Nebenwirkung des Mittels gleichzeitig auszunützen, haben uns fehlgeschlagen.

Wiederum als einfaches Schlafmittel war eine Zeit lang das Sulfonal sehr beliebt; aus dieser Stellung ist es durch das Trional neuerdings mehr und mehr verdrängt worden, während das Tetronal nur wenig Eingang gefunden hat. Entschieden förderlich war diesen Mitteln zunächst ihre Geschmacklosigkeit, die dem Einnehmen derselben keinerlei Schwierigkeit bereitet. Auch ist ihre schlafmachende Wirkung eine ziemlich zuverlässige, ohne zunächst in der Regel von üblen Begleiterscheinungen gefolgt zu sein. Doch wird durch die Schwerlöslichkeit dieser Medikamente ihre Resorption bisweilen so verzögert, dass die Wirksamkeit nicht immer gleichmässig ist und mit der Beendigung des zunächst erzielten Schlafs noch keineswegs immer auch beendigt ist. Dies um so weniger, wenn bei retardirter Verdauung die Ausscheidung der nicht resorbirten Reste sich verzögert, woraus bei längerem Gebrauche sich gelegentlich unerwartete kumulative Wirkungen einstellen können. Sodann sind einzelne Individuen, besonders solche, die in ihrer allgemeinen Ernährung stark herabgekommen sind und bei welchen gerade darum die Besserung des Schlafs besonders erwünscht erscheint, sodann aber auch ältere, zumal mit Arteriesclerose behaftete Personen offenbar besonders empfindlich gegen diese Mittel. Bei letzteren können schon die ersten Verabreichungen Uebligkeit, Schwindel, Gefühle von Mattigkeit und Schwere in den Gliedern nach sich ziehen, die von der weiteren Anwendung entschieden abmahnen müssen. Bei den ersteren dagegen kommt es ohne solche prämonitorische Zeichen früher oder später zu viel bedenklicheren Erscheinungen, zu inneren Blutungen und der unter dem Namen der Hämatoporphyrinurie bekannten Blutzersetzung, die fast nur bei ganz frühzeitiger Erkennung noch einen günstigen Verlauf zu nehmen, sonst unaufhaltsam zum Tode zu führen pflegt. Diese Gefahren sind bei Trional entschieden geringer als bei Sulfonal, von dem man schon tödtliche Vergiftungen nach kurzem Gebrauch

von bescheidenen Gaben beobachtet hat. Es muss darum für beide Mittel recht grosse Vorsicht empfohlen werden; insbesondere ist auch der Rath beherzigenswerth, sie womöglich nicht tagtäglich, sondern nur jeden dritten Tag zu geben, um so der vollständigen Ausscheidung sicher zu sein und die Gefahr kumulativer Spätwirkungen zu vermeiden. Es kann dies um so eher geschehen, als auch die beabsichtigte schlafmachende Wirkung sich nicht nur in der dem Einnehmen unmittelbar folgenden Nacht geltend macht, sondern in schwächerem Grade oft auch der nächsten noch zu gut kommt.

Hatten wir es zuletzt mit fast rein hypnotisch wirkenden Mitteln zu thun, so sind durch eine exquisit narcotische einige Alcaloïde ausgezeichnet, von denen das Hyoscin oder Scopolamin alle verwandten Präparate in den Hintergrund gedrängt hat. Die berauschende Wirkung pflegt von besinnlichen Kranken sehr drastisch geschildert und je nach der Individualität verschieden empfunden, von einzelnen entschieden gefürchtet zu werden. Die unangenehmen Gefühle von Eingenommensein des Kopfes, Trockenheit im Halse, Schwere der Zunge und die Accommodationslähmung treten jedoch in der Regel schon nach wenigen Minuten zurück hinter ausgesprochener Schläfrigkeit, die dann auch sehr rasch in mehrstündigen vollkommen ruhigen Schlaf überzugehen pflegt, selbst bei ungemein heftigen Erregungszuständen. Präsentirt sich nach dem Erwachen auch der Kranke zunächst in demselben Zustande, wie vor der Medication, so kann diese doch beliebig wiederholt werden, ohne dass kumulative Wirkungen zu befürchten wären und ohne dass eine nennenswerthe Steigerung der einmal als wirksam erprobten Dosis erforderlich würde. Ueble Nachwirkungen scheinen bei Verwendung der neuerdings offenbar in wesentlich reinerem Zustande hergestellten Präparate so gut wie ganz zu fehlen. Sind als solche auch schon recht schwere psychopathologische Erscheinungen mit angeblich charakteristischen Gruppen von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen geschildert worden, so darf doch wohl bezweifelt werden, ob diese mit Recht dem Medikament zur Last gelegt worden sind. Denn dieses hat nun schon seit längerer Zeit eine recht verbreitete Verwendung gefunden, ohne dass solche unangenehme Beobachtungen irgendwie allgemeiner zu machen gewesen wären. Ueber unsere durchaus befriedigenden Erfahrungen werden von einem jüngeren Collegen demnächst ausführlichere Mittheilungen bekannt gegeben werden. — War dem Vorläufer des jetzt gebräuchlichen Präparats, dem Hyoscyamin, nicht ganz mit Unrecht der Beiname der „chemischen Zwangsjacke" gegeben worden, so dürfte dessen Uebertragung auf das jetzt uns zu Gebot stehende Mittel keinerlei Berechtigung haben. Selbstverständlich erfordert die Anwendung eines so starken Giftes, als dessen wirksame Dosis schon ½ mg. genügt und bei dem man nur selten einmal über 1 mg hinausgehen wird, die allerpeinlichste Vorsicht. Sie wird begünstigt durch die Möglichkeit subcutaner Injectionen, die einer Verabreichung per os, wo-

bei etwa die doppelte Gabe zu gleicher Wirkung nothwendig ist, e
schieden vorgezogen werden muss.

Bei allen narcotischen und hypnotischen Mitteln erscheint es üb
haupt durchaus angezeigt, dass man jede zu freigebige und jede schablon
mässige Anwendung vermeidet. Bei längerer Dauer der zu behandeln
Erregungszustände wird man es nicht für nothwendig erachten, Tag
Tag mit Beruhigungsmitteln zu operiren, wird man sich sagen müss
dass, wenn einiger Nachlass der Erregung einmal erzielt worden ist, we
ein lange Zeit schlaflos gebliebener Patient wieder einmal einige Näc
hindurch Ruhe gehabt hat, die Medikation ganz wohl auch wieder
einen Tag oder ein paar ausgesetzt werden kann. Man wird dabei ni
so selten finden, dass auf ein solches Aussetzen zunächst eine verhältni
mässig noch ruhige Nacht folgt und dass erst in den späteren die Unru
des Kranken sich wieder steigert, gegen die man dann vielleicht i
kleineren Dosen wieder vorgehen wird. Nur bei einer etwaigen Morphiu
behandlung der mit Angst verbundenen Erregungszustände erscheint
auch vorübergehendes vollständiges Aussetzen der Medikation gewa
wegen der Gefahr einer Steigerung des Angstaffectes unter dem Einfl
von Abstinenzerscheinungen. Wie durch ein gelegentliches Aussetzen jed
Medikation der Gefahr einer Gewöhnung und den kumulativen Wirkung
vorgebeugt werden kann, so dient es demselben Zwecke, wenn man
keinem Falle etwa auf ein bestimmtes der Arzneimittel sich festle
sondern eine angemessene Abwechslung in den Verordnungen eintret
lässt. Wir können uns unsererseits diesem erst kürzlich besonders b
tonten Rathe nur anschliessen. Endlich darf es als durchaus zweckmäss
bezeichnet werden, wenn man die besonderen Eigenschaften der einzeln
Arzneimittel gelegentlich auch combinirt zur Anwendung bringt. Wie d
Dormiol empfohlen werden konnte, so wären z. B. noch die Combination
von Morphium und Brom, Morphium und Chloral, Morphium und Hyosc
zu nennen, auch die Opium-Brom-Cur bei Epilepsie nicht zu vergesse
Auf all' dies noch im einzelnen einzugehen oder gar einige Vollständi
keit in der Erwähnung der für Beruhigungszwecke schon empfohlen
Mittel anstreben zu wollen, würde viel zu weit führen. Zur Vorbereitu
der Discussion dürfte das bisherige genügen. Bevor in dieselbe eing
treten wird, ist es vielleicht angezeigt, eine kurze Beantwortung der i
Thema enthaltenen allgemeinen Fragestellung noch in folgenden kurz
Sätzen zu formuliren:

1. Zur speciellen Behandlung der psychischen Erregungszustände sin
neben der Berücksichtigung allgemeiner psychiatrischer Grundsät
sowohl die hydrotherapeutischen Proceduren, als auch eine Anza
von Beruhigungs- und Schlafmitteln zu empfehlen.
2. Ist den hydrotherapeutischen Proceduren, namentlich der Bad
behandlung der Vorzug einzuräumen, so ist doch auch der be
ruhigende Einfluss von Medikamenten unverkennbar.

3. Zunächst nur ein vorübergehender, kann derselbe bei angemessener Wiederholung einer günstigeren Gestaltung des Krankheitsverlaufs selbst Vorschub leisten.
4. Die mit der medikamentösen Behandlung verbundenen Gefahren sind bei genügender Vorsicht und Individualisirung keineswegs derart, dass sie ihre grundsätzliche Verwerfung gerechtfertigt erscheinen lassen können.

Die Versammlung erklärt sich mit allen vier von *Kreuser* zum Schlusse aufgestellten Leitsätzen einverstanden, worauf eine weitere Diskussion nicht stattfindet.

Kraepelin-Heidelberg: Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik.

Kraepelin beschreibt die durch Umbau gewonnenen neuen Wachabtheilungen auf den Unruhigenstationen für beide Geschlechter. Der Wachdienst ist dergestalt geregelt, dass jeweils der gleiche Wärter bezw. Wärterin vierzehn Tage lang während der ganzen Nacht die Wache hat und dafür tagüber völlig dienstfrei ist. Ein besonderes Gepräge hat die Wachabtheilung erhalten durch die Einführung der permanenten Badebehandlung. Die Dauerbäder werden in einem Raum gegeben, der vier Badewannen enthält. Diese sind in den Boden eingelassen und durch niedere Scheidewände getrennt, sodass jeder einzelne Kranke sozusagen seinen Raum für sich hat. Ab- und Zuflussvorrichtungen sind so angebracht, dass sie für die Kranken unzugänglich sind. Während früher die Bäder nur während des Tages angewandt wurden, bleiben jetzt die Kranken ununterbrochen Tag und Nacht, oft Wochen hindurch, im Bade. Die Gewöhnung an die Bäder beansprucht verschieden lange Zeit, zuweilen müssen Narcotica oder feuchte Packungen zu Hilfe genommen werden. Die Furcht vor Kollapsgefahr hat sich als unbegründet erwiesen. Die Menses bilden keine Contraindication. Am günstigsten wirken die Bäder bei manischen und paralytischen Erregungszuständen, etwas weniger günstig bei Katatonikern, der geringste Erfolg zeigte sich bei Angstzuständen. Die Dauerbäder haben alle sonst noch gebräuchlichen Zwangsmittel, wie feste Handschuhe, unzerreissbare Anzüge, vor allem aber die Isolirung fast unnöthig gemacht. Wesentlich erleichtert wird die Reinhaltung und die dauernde Ueberwachung der Kranken. Der einzige Uebelstand ist der, dass Einrichtung und Betrieb der Dauerbäder noch sehr kostspielig sind. Demonstration von Plänen und Photographieen.

(Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

Diskussion. *Fürstner*-Strassburg: Die zweite Wachabtheilung auf der Heidelberger Klinik wurde von Anfang an vermisst, vor Allem für die Paralytiker; es ist deshalb dieser Noth in Freiburg abzuhelfen gesucht worden durch Einrichtung eines zweiten Wachsaales.

Was nun die Dauerbäder angeht, so haben gewiss unsere psychiatrischen Vorfahren Recht gehabt, als sie die gute Wirkung derselben erkannten, und es fällt mir nicht ein, die Wirkung derselben zu bestreiten bei gewissen Kranken. Kollege *Kraepelin* ist nicht mehr in dem hohen Grade für Bettbehandlung wie früher und setzt an Stelle derselben die Dauerbäder. Ich möchte aber vor Allem wissen, wie die practische Durchführung sich gestalten soll namentlich bei der kleinen Zahl des Personals, wie sie doch in Heidelberg auch nur zur Verfügung steht: wenn ein Theil guter Wärter zur ständigen Wache, ein anderer zum Dauerbad herangezogen werden soll, so ist mir nicht klar, wie diese beiden Proceduren gut erledigt werden, wenn das Personal auf einer Seite etwa 10 beträgt.

Eine gewisse Zahl von Krankheitszuständen ist von Collegen *Kraepelin* sofort ausgeschlossen worden, aber auch bei Anderen, Paralytischen etc., scheinen mir die Dauerbäder doch nicht so ganz durchführbar zu sein. Ein Theil unserer Kranken geht nicht so bereitwillig ins Bad, lässt sich auch nicht so bereitwillig wickeln, wie dies *Kraepelin* behauptet. Die Procedur der Dauerbäder ist nur durchführbar bei einer beträchtlichen Steigerung der Kosten; ehe man derartige Forderungen an die Behörden stellt, muss bezüglich der Erfolge ein Zweifel nicht erhoben werden können; erst wenn die Erfolge anerkannt, dann sind auch diese Forderungen gewiss berechtigt, wie Alles, was das Wohl der Kranken fördert.

Schüle-Illenau kann sich der unbedingten Empfehlung der Dauerbäder als einer für alle Erregungsfälle durchführbaren Heilprocedur, welche noch die zeitweilige Isolirung unnöthig machen soll, nicht anschliessen. Zunächst hat Vortragender Bedenken über deren generelle Anwendbarkeit; bei letzterer kommt es auf die Schwierigkeit im Einzelnen an, auf das Detail, und darüber hätte er gern Aufklärung bekommen. Er kann nach seiner Erfahrung nicht finden, dass die erregten Kranken ohne Weiteres, auf Zuspruch oder von selbst wieder in das Bad zurückzukehren, wenn sie herausgestiegen sind, wie dies College *Kraepelin* angegeben. Was aber dann? Soll man die Kranken dann einfach gewähren lassen, wie sie wollen? Unmöglich können doch die Kranken die Indicationen angeben. Ferner: worin besteht dann die therapeutische Wirkung? Wenn, wie erfahrene Badeärzte versichern, die möglichst gleichbleibende — bis auf Zehntelgrade gleiche — Temperatur des warmen Wassers das wichtigste physiologische Agens speciell für die Nervenwirkung der Bäder ist, und wenn wir gerade diese letztere bei unserer Anwendung (bei cerebralen Erregungszuständen) bezwecken, wie, frage ich, sollte gerade dieses Requisit in unserer Therapie zu erzielen sein, wenn der Kranke bald aus dem Bad heraus, bald wieder hineingeht, und die genaue Wassertemperatur überhaupt nicht überwacht wird?

Sodann noch ein Wort über die Isolirung als solche. Ist denn diese ein solches Unglück für den Kranken oder gar ein Eingriff Seitens des Arztes in die Sphäre des grösstmöglichen Behagens? Dass dem nicht so

ist, beweisen schon die Aussprüche derjenigen Kranken, welche aus der Unruhe des Wachsaals um eine zeitweilige Isolirung bitten. Ein Schaden für den Kranken kann aber eine vorübergehende Isolirung ebenso wenig sein, wenn letztere, wie selbstverständlich, unter Ueberwachung geschieht. Deshalb: Vorsicht in der allzu unbeschränkten Empfehlung eines Kurmittels wie die Dauerbäder, das nicht für alle und nicht überall hinpasst. Jedenfalls wollen wir erst noch weitere Erfahrungen sammeln.

Alzheimer-Frankfurt: Nach den Bedenken, welche in der Diskussion gegenüber der Durchführbarkeit der Behandlung der Erregungszustände mit protrahirten Bädern geäussert worden sind, muss ich erwähnen, dass in der Frankfurter Anstalt sich diese Behandlungsmethode als gar nicht schwer durchführbar und in hohem Grade nützlich erwiesen hat. Sie wird am Tage seit etwa 3 Jahren, seit einem halben Jahre auch die Nacht hindurch angewandt, sodass jetzt am Tage 12, bei Nacht 3 Badewannen (bei den unruhigen Frauenwachsälen) dazu ständig verwendet werden. Es sind dazu 5 Pflegepersonen mehr erforderlich, 4 am Tage, 1 bei der Nacht.

Für den Krankheitsverlauf selbst tritt wohl der Erfolg am besten zu Tage bei den periodischen Formen. Die früheren Anfälle waren ohne Bad, der letzte mit Dauerbädern behandelt worden. Während die früheren Anfälle gleichmässig mit der stärksten Erregung verliefen, die Kranken unendlich viel zerstörten, vielfach gewaltthätig wurden, oft isolirt werden mussten, verlief der letzte Erregungszustand unter der Bäderbehandlung weit milder. Die Kranken, welche früher isolirt werden mussten oder Narkotica bekamen, beruhigen sich jetzt im Bad. Der seltene Gebrauch der Narkotica ermöglicht, fast ausnahmslos mit den leichten Schlafmitteln auszukommen.

Von der Anwendung von Hyoscin oder mechanischem Zwang zu dem Zwecke, die Kranken im Bad zu halten, sehen wir ab. Der Versuch, den Kranken im Dauerbad zu halten, wird abgebrochen, sobald er dagegen widerstrebt, aber nach einiger Zeit immer wieder von neuem wiederholt. In der Regel geht es beim ersten Versuch, wenn nicht, beim zweiten oder dritten. Fälle, die andauernd widerstreben, sind sehr selten. Die meisten Kranken fühlen sich vom Anfang an wohl im Bad.

Vielleicht wirkt das Vorbild der andern schon im Bade befindlichen Kranken auf den neuen Patienten, geradeso wie viele Kranke nicht im Zimmer, aber im Wachsaal im Bett zu halten sind. Man muss nur einmal vergleichen, wie die unruhige Abtheilung früher am Morgen aussah und wie sie jetzt aussieht, früher zerrissene Strohsäcke und Matratzen, manchmal völlig entkleidete, abgekühlte Kranke, trotz aller Sorgfalt und aller Einläufe immer wieder verschmierte Zellen, jetzt Kranke, die ruhig im Bad sitzen oder zu Bett liegen, in den offen gehaltenen Isolirzimmern vollständige ordentliche Betten, und man wird sagen, dass die Behandlung mit permanenten Bädern ein ungemein segensreicher Fortschritt ist. Wer sie eingeführt hat, wird sie nicht mehr missen wollen.

Kreuser-Schussenried muss nach seinen Erfahrungen bezweifeln, dass die Badebehandlung so allgemein günstige Erfolge bringt, wenn er sie auch theilweise nur bestätigen kann.

Beyer-Littenweiler betont, dass seine vor drei Jahren in diesem Verein mitgetheilten Erfahrungen aus der Heidelberger Klinik durch den heutigen Vortrag bis in die Einzelheiten voll bestätigt werden, dass also die systematische Anwendung der Dauerbäder sich dort schon seit vier Jahren bewährt hat. Auch die Ausnahmefälle, welche sich nicht für das Dauerbad eignen, habe er schon damals gekennzeichnet. Die geäusserten Zweifel an der Zweckmässigkeit und Ausführbarkeit des Verfahrens seien also durch Thatsachen bereits widerlegt.

Bieberbach-Heppenheim: Seit einem Jahre haben in Heppenheim die Versuche mit Dauerbädern, vorerst ohne besondere Einrichtungen und ohne Vermehrung des Wartepersonals, und zwar mit zunehmender Erfahrung der Aerzte und des Wartepersonals zu steigend günstigen Erfahrungen geführt, sodass wir dem, was *Alzheimer* sagte, zustimmen müssen.

Besonders bei manisch erregten acuten und chronischen Kranken konnte man einen günstigen Verlauf der zum Theil von früher her bekannten Anfälle beobachten. Die Kranken befanden sich im Bad sichtlich und von ihnen zugegeben wohler, in einem besseren Verhältniss zum Wartepersonal und zerstörten so ausgesprochen weniger, dass die Kosten der Bäder reichlich aufgewogen erscheinen. Insbesondere nahmen sie mit Beginn der Dauerbäder reichlicher Nahrung ein, nahmen an Körpergewicht weniger ab als vorher, sodass wohl hieraus geschlossen werden darf, dass der Stoffwechsel günstig durch die Dauerbäder beeinflusst wurde.

Da wir aus den seitherigen Erfahrungen entnehmen können, dass wir mit den Dauerbädern den betreffenden Kranken einen Vortheil zugewandt haben, werden wir mit unsern Versuchen fortfahren.

Kraepelin-Heidelberg kann allen Einwänden gegenüber nur auf seine eigenen langjährigen Erfahrungen hinweisen und bitten, sich die Sache selbst anzusehen und womöglich zu probieren. Es scheint ihm von besonderer Bedeutung zu sein, dass alle diejenigen Herren, die selber die Dauerbäder planmässig in Angriff genommen haben, über günstige Erfahrungen berichten können.

Ludwig-Heppenheim weist darauf hin, dass die Erfahrungen in Frankfurt wohl Anschlag gebend seien.

Haardt-Emmendingen: Die neuen Aufnahme- und Ueberwachungsabtheilungen der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen in Baden.

Vortragender betont zunächst die grosse praktische Bedeutung der Wachabtheilungen für die moderne Irrenpflege, ihre stets actuelle Frage für den Ausbau von Anstalten und den Umbau älterer Anstalten. Er giebt sodann eine Geschichte des Baues der neuen Aufnahme- und Ueberwachungs-

btheilungen, deren Pläne bereits für 1896 gemacht waren, aber erst 1898/99 ur Ausführung gelangten. Die Männerabtheilung wurde im September 1900, lie Frauenabtheilung im Juli 1901 in Betrieb genommen. Vortragender lemonstrirt den Gesammtplan der Anstalt, die besondere Lage der neuen Ueberwachungsabtheilungen und giebt endlich eine genaue Demonstration les Grundrisses dieser Abtheilungen unter Hinweis auf ihre practische Bedeutung für die Krankenpflege, die Aufgabe des Arztes und des Personals. Er schliesst damit, dass sich diese Abtheilungen sehr gut bewährt haben bei ausserordentlich intensivem Betrieb, der bis jetzt keine Wünsche nach iner Aenderung gezeitigt hat, und giebt zugleich dem Dank dafür Ausruck, dass es durch die Fürsorge des Grossherzoglichen Ministeriums des nnern und seines Medicinalreferenten ermöglicht wurde, dass bei den Plänen und Einrichtungen dieser Abtheilungen lediglich der Arzt zum Wort ekommen ist, welchem der Architekt verständnissvoll folgte.

Neumann-Karlsruhe: Volksheilstätten für Nervenkranke.[1])

Den Anlass zu einer erneuten Besprechung des schon oft erörterten Themas gab eine Umfrage des badischen Ministeriums an die Verwaltungen er sechs grössten Städte des Grossherzogthums, wie es nach den Verhältnissen des Landes mit dem Bedürfnis nach einer für Minderbemittelte nd Unbemittelte bestimmten Heilstätte für Nervenkranke bestellt sei.

Die Forderung von Volksheilstätten für Nervenkranke, bereits vor 10 Jahren von *Benda* angeregt, hat seither nicht aufgehört, aus der Mitte der Fachkreise immer wiederzukehren, doch steht das, was practisch erreicht worden ist, hinter dem Angestrebten noch sehr bedeutend zurück.

Von den in der Sache in Betracht kommenden Einzelfragen hält Vortr. on vornherein für erledigt die Bedürfnissfrage: Diese kann nach der allgemeinen Erfahrung nur in bejahendem Sinne beantwortet werden. Statistisches Material darüber liefern frühere Publikationen zur Genüge. Bezüglich der zur Aufnahme geeigneten Krankheitsformen wird eine Einigung schwerer zu erzielen sein. Nach der Ansicht des Vortr. sollen Geisteskranke und schwere Epileptiker von der Aufnahme ausgeschlossen sein, desgleichen solche organisch Erkrankte, die völlig und dauernd fremder Hilfe und Wartung bedürftig sind. Bezüglich leichter Fälle von Epilepsie und der leichteren Depressionszustände, sowie der nicht völlig hilflosen organisch-nervös Erkrankten ist es am rathsamsten, dem jeweiligen Ermessen des Anstaltsleiters einigen Spielraum zu lassen. — Den Hauptbestand werden die nervös Erschöpften, die Neurastheniker und Hysterischen bilden. Besonderen Werth legt Vortr. darauf, dass auch die Anämischen und Chlorotischen eine Stätte in den Anstalten finden sollen.

Hinsichtlich der Geschlechter ist Vortr. der Ansicht, dass die Noth-

[1]) Der Vortrag ist in den Aerztlichen Mittheilungen aus und für Baden, Dezember 1901, veröffentlicht.

wendigkeit von Nervenheilstätten für das weibliche Geschlecht zum n desten in gleichem, wenn nicht in noch höherem Maasse besteht, als das männliche. Die Errichtung geschlechtlich getrennter Anstalten ist verschiedenen Gründen wünschenswerth, wird aber vielleicht am Kost punkt scheitern.

Was die event. Angliederung der zu errichtenden Anstalten an sc bestehende Einrichtungen betrifft, so hält Vortr. den Anschluss an städtischen Krankenhäuser, die Universitätskliniken und die Irrenanstal für unzweckmässig, hingegen die Verbindung mit einzelnen der vorhande Reconvalescentenhäuser auf dem Lande für durchaus rationell und dur führbar.

Der wichtigste Punkt in der ganzen Heilstättenbewegung ist natürl die Deckungsfrage. In Betracht kommen Staat, Gemeinden, Krank versicherungsanstalten (Kassen, Invaliditätsversicherungen, Berufsgenoss schaften) und endlich Vereinigungen von Privatpersonen. Alle wer sich zu betheiligen haben. Aber während der Staat und die genann öffentlichen Verbände sich der Unbemittelten, d. h. wohl im grossen u ganzen der gesetzlich Versicherungspflichtigen anzunehmen haben werd muss für den mindervermögenden Mittelstand in erster Linie die priv Wohlthätigkeit, bezw. das private Unternehmen eintreten. Auf die No wendigkeit von Mittelstandssanatorien wird vom Vortr. ganz besonders h gewiesen.

Zum Schlusse macht Vortr. den Vorschlag, die Versammlung mö nach dem Vorbilde des rheinländischen psychiatrischen Vereins, aus ih Mitte eine Commission mit der Aufgabe betrauen, die Heilstättenbewegu im geographischen Bereich der Versammlung zu fördern.

Diskussion. *Ludwig*-Heppenheim ist mit Vortr. der Ansicht, d nicht alles vom Staate zu erwarten und zu verlangen sei. Der hessisc Irrenhilfsverein geht in der Irrenreconvalescentenfürsorge ohne die Hi des Staates vor und hat den 3 hessischen Anstalten zunächst je 3000 M zur Verfügung gestellt.

Alle derartigen Fragen müssen von der freiwilligen Vereinsthätigk eingeleitet werden, nicht vom Staate. Auch die Gemeinden sollen sich n indirect betheiligen.

Was im einzelnen den Betrieb der zu errichtenden Anstalten betri so hält L. die Trennung der Geschlechter für unbedingt nöthig.

Ferner dürfen die Anstalten nicht ein Unterschlupfsort für sol Kranke werden, die eigentlich in die Irrenanstalt gehören, sich die aber zu entziehen versuchen durch freiwilligen Eintritt in eine offe Anstalt.

Friedmann-Mannheim: Es sei freudig zu begrüssen, wenn durch d dankenswerthe Anregung der badischen Regierung die Errichtung v Nervenheilstätten für Minderbemittelte in Fluss komme. Das Bedürfni

bestehe erfahrungsgemäss auch für die letzteren in erheblichem Masse. Bisher seien nur entweder die Reconvalescentenhäuser oder einfacher Landaufenthalt bei Verwandten zu diesem Zwecke offen gestanden; einzelne Krankenkassen, z. B. in Mannheim, hätten bereits für Unterbringung ihrer Versicherten in ländlichen Gasthäusern gesorgt. F. stellt sich die Sache nun so vor, dass durch Initiative des Staates ähnliche Anstalten errichtet würden wie die schon bestehenden Reconvalescentenhäuser, aber mit Bestimmung für Nervenkranke allein. Sie sollen nicht an die Irrenanstalten angegliedert werden, und sie sollen eine vollständige ärztliche Leitung erhalten. Für die Privatwohlthätigkeit, welche aber in Deutschland nicht allzu ergiebig fliesse, blieben hauptsächlich die Heilstätten für den Bürgerstand als Aufgabe, welche nicht der Fürsorge des Staates und der Krankenkassen anheimfallen können, und es hätten diese Patienten aus dem Bürgerstande einen mässigen Satz von 3--4 Mark pro Tag beizusteuern.

F. möchte den Antrag stellen, dass die Autorität unserer Versammlung ausdrücklich warm empfehlend sich der Anregung der badischen Regierung gegenüber ausspreche. Die Versammlung möge beschliessen. die Errichtung von Volksnervenheilstätten für Unbemittette und Minderbemittelte sei als ein dringendes Bedürfniss zu erklären.

F. wiederholt nochmals seine Ueberzeugung, dass die Errichtung solcher Heilstätten weder schwieriger noch wesentlich kostspieliger sein werde als die schon bestehenden Reconvalescentenhäuser.

Alzheimer-Frankfurt. Ich will nur kurz erwähnen, dass die Stadt Frankfurt wohl die erste sein dürfte, die aus communalen Kosten eine Nervenheilanstalt errichtet. Auf Anregung des Herrn Director *Scoli* ist der Bau bereits im Princip beschlossen und wird wohl im nächsten Frühjahr begonnen werden. Das Terrain dafür liegt in einem anmuthigen, waldreichen Taunusthal. Auf der einen Seite des Thales werden die Villen für Nervenkranke, auf der andern Seite Häuser für Geisteskranke errichtet werden. Beide liegen so weit auseinander, dass eine gegenseitige Störung nicht zu befürchten ist.

Es sind sowohl Plätze für Aerar- als für Kassenkranke, als für Kranke des Mittelstandes vorgesehen. Zunächst handelt es sich um 70 Kranke, für eine Erweiterung ist Platz vorhanden. Die Anstalt soll unter die Direction der städtischen Irrenanstalt gestellt werden.

Smith-Schloss Marbach vermisst in dem Vortrage ein Krankheitsbild, das in allererster Reihe berufen wäre, in den Volksheilstätten für Nervenkranke Heilung zu finden: den Alkoholismus der Nichtdegenerirten. Es würde ein nichtmehrgutzumachender Fehler sein, ja geradezu ein Verbrechen, solche erst durch körperliche Störungen (Labilität des Gefässsystems und secundäre, auf Unterernährung des Nervensystems bedingte nervöse Symptome) aus missverstandenem therapeutischem Instinkt unter Mithülfe socialer und ärztlicher Vorurtheile dem Drang nach Alkoholbetäubung verfallenen Kranken einem Zwang, wie ihn directe Unter-

bringung in Pflegeanstalten oder auch Angliederung an solche bringen müsste, auszusetzen. Ebenso wäre es aufs schärfste zu verurtheilen, für solche Kranke sog. „Trinkerheilstätten" zu schaffen, da hierdurch eine moralische Verurtheilung ärztlich begünstigt würde, die, wie das Volk nun einmal ist, den aus der Anstalt Entlassenen immer folgen würde. Ich verfüge über Fälle, wo Geheilte wegen ihres Aufenthalts in einer „Trinkerheilanstalt" trotz absolutester Heilung nicht wieder angestellt wurden, denen ihr vorhergegangenes „Trinken" weiter nichts geschadet hatte. Es können nur Irrenärzte besondere Anstalten mit Zwang befürworten, die sich noch nicht davon überzeugt haben, wie ein sog. „Alkoholiker" ohne Zwang bei Abstinenz sich zeigt, und die glauben, dass ein solcher bei richtiger Behandlung ebenso reagire, wie bei der falschen und resultatlosen Zwangsbehandlung, die sie bis dahin einem solchen Kranken zu seinem Schaden zukommen liessen.

Wildermuth-Stuttgart hält nach seiner Erfahrung in der Privatpraxis und als Arzt an einem allgemeinen Krankenhaus das Bedürfniss zur Errichtung von Nervenheilanstalten für dringend. Es ist aber nothwendig, diese Anstalten nicht nur für functionelle Psychosen zu errichten, sondern auch organisch Kranken, Tabetikern, Sklerotikern etc. dort Aufnahme zu gewähren. Diese Anstalten sind in völliger Trennung von Irrenanstalten und Trinkerasylen zu errichten. Unfallkranke sind möglichst fern zu halten. Absolut nothwendig ist es, die Geschlechter völlig zu trennen.

Fischer-Pforzheim: Die Enquête der badischen Regierung sei in Zusammenhang zu bringen mit dem projectirten Neubau einer weiteren Landesirrenanstalt, und es handle sich im Sinne der Regierung vorzüglich um die Frage, ob es sich nicht empfehle, der neu zu errichtenden Irrenanstalt eine offene Abtheilung für solche Kranke anzugliedern, die nicht mehr der Pflege in einer geschlossenen Anstalt bedürftig seien.

Fürstner-Strassburg: Ueber die Bedürfnissfrage zu sprechen, halte ich für überflüssig; was die Kategorien angeht, so meine ich, dass die organischen Fälle, namentlich die Spinalerkrankungen, nicht auszuschliessen sind, ebenso ein Theil der Unfallkranken. Bezüglich der letzeren, namentlich auch bezüglich der Grösse dieses Kontingents, müsste der Direction die Entscheidung vorbehalten werden. Die Thätigkeit unsers Vereins wird sich nur auf Kranke erstrecken können, für die der Staat nicht sorgt. Es wird genügen, wenn die ganze Frage auf die Tagesordnung unserer Versammlung und zwar für das nächste Jahr gesetzt würde. Dass unser Verein die Nothwendigkeit, hier Hülfe zu schaffen, anerkennt, wird aus diesem Vorgehen auch der staatlichen Behörde erkennbar sein.

Gaupp-Heidelberg: Im Anschluss an die Ausführungen des Herrn Geheimrath Dr. *Ludwig* möchte ich darauf hinweisen, dass der Weg einer Anstaltsbehandlung Nervenkranker vermittelst Inanspruchnahme der Landesversicherungsanstalten bereits beschritten wird und zwar mit gutem Erfolge. So schickt z. B. die Landesversicherungsanstalt Schlesien schon

seit längerer Zeit solche Nervöse, die schon erwerbsunfähig sind oder es zu werden scheinen, auf mehrere Wochen oder Monate in ihre Genesungshäuser. Dort werden viele wieder arbeitsfähig, und die erzielten Erfolge haben der schlesischen Landesversicherungsanstalt sogar den Gedanken nahegelegt, eine besondere Nervenheilstätte zu bauen. Wenn in Schlesien ein Versicherungspflichtiger nervenkrank wird, so kann er jederzeit die Vornahme des Heilverfahrens in einem Krankenhaus oder Genesungsheim beantragen. Ob diesem Antrag stattgegeben wird, das hängt namentlich von dem Ergebniss der Untersuchung des Kranken durch den Vertrauensarzt ab. Hier ist also ein vielversprechender Weg vorhanden. Sind einmal genügende Erfahrungen gesammelt, so werden die grösseren und reicheren Versicherungsanstalten gewiss nicht zögern, die Anstaltsbehandlung der nervös Erschöpften, aber noch erholungsfähigen Kranken selbst in die Hand zu nehmen.

Schüle-Illenau möchte seinerseits nicht auf das Detail der Fragen eintreten, legt aber Werth darauf, dass der Verein in toto seine Zustimmung zur Nothwendigkeit der Errichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke abgäbe. Er stellt einen dahin gehenden Antrag, der sich im Wesentlichen mit dem von *Friedmann* deckt.

Neumann-Karlsruhe kann wegen der vorgeschrittenen Zeit nicht auf alle in der Discussion angeschnittenen Fragen eingehen. Interessant war ihm die Mittheilung *Fischers*. Die Umfrage der badischen Regierung hat, jedenfalls in der Form, wie sie an die Oeffentlichkeit gelangt ist, doch wohl ohne Zweifel die Errichtung selbständiger Heilstätten für Nervenkranke im Auge. Dafür spricht ihre ganze Fassung und auch die Thatsache, dass die Umfrage sich durch Vermittelung der Stadtverwaltungen an die städtischen Krankenhäuser richtet.

Trotz der in verschiedenen Bundesstaaten bereits im Gange befindlichen Bestrebungen hält *N.* ein gemeinsames Vorgehen der Versammlung süd-westdeutscher Irrenärzte für durchaus angezeigt. Der *Friedmann*'sche Vorschlag scheint ihm nicht weit genug zu gehen, er schlägt der Versammlung vielmehr folgende Resolution zur Annahme vor:

„Die Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte erwählt aus ihrer Mitte „eine Kommission, deren Aufgabe es ist, die Bewegung zur Errichtung „von Volksheilstätten für Nervenkranke im geographischen Bereich der „Versammlung zu fördern.

„Die Kommission hat über ihre Thätigkeit nach Ablauf eines Jahres „(zweier Jahre) an die Versammlung zu berichten."

Kraepelin-Heidelberg hält die Frage der Volksheilstätten für noch nicht soweit geklärt, dass sich die Versammlung jetzt schon in der von *Neumann* vorgeschlagenen Weise damit befassen könne. Er beantragt daher, dass die Frage „Volksheilstätten für Nervenkranke" als Referat auf die Tagesordnung der nächstjährigen Versammlung gesetzt werde.

Der Antrag *Kraepelins* wird angenommen und auf Vorschlag *Ludwigs*

werden mit dem Referate betraut *Wildermuth*-Stuttgart und *Neumann*-Karlsruhe.

Hiermit endigt die erste Sitzung um 6 Uhr. Es schliesst sich ein gemeinsames, durch mancherlei Tischreden gewürztes Mahl im „Hotel Germania“ an, abends findet eine gesellige Zusammenkunft im „Café Bauer“ statt.

II. Sitzung am 3. November vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: *Fürstner*-Strassburg.

Der Vorsitzende macht die traurige Mittheilung, dass laut telegraphischer Nachricht gestern Abend das langjährige Mitglied der Versammlung, Director *Binder*-Zwiefalten, gestorben ist und widmet dem Verblichenen einen kurzen Nachruf.

Auf Einladung von *Fauser*-Stuttgart und Befürwortung von *Ludwig*-Heppenheim wird beschlossen, dass die nächstjährige Versammlung Anfang November in Stuttgart stattfinden soll. Zu Geschäftsführern werden gewählt *Fauser* und *Wildermuth* in Stuttgart.

Gaupp-Heidelberg: Die Dipsomanie. (Referat.)

Nach einigen einleitenden Worten giebt der Vortragende zunächst eine Begriffsbestimmung der Dipsomanie. Sie ist gekennzeichnet durch anfallsweises Auftreten eigenthümlicher Zustände, in denen nach Vorausgehen einer depressiven Gemüthsverstimmung der unwillkürliche Trieb nach Genuss berauschender Getränke erscheint. Der Trinktrieb führt zu heftigen Ausschweifungen, geht mit einer mehr weniger tiefen Bewusstseinstrübung einher oder löst allmählich eine solche aus, bis nach Tagen oder Wochen der Anfall von selbst sein Ende findet. Die periodischen Gemüthsverstimmungen treten ohne erkennbaren Anlass ein. Die Krankheit verschlimmert sich meist und führt oft zum chronischen Alkoholismus.

Nach dieser Begriffsbestimmung giebt *Gaupp* eine kurze historische Uebersicht über die Entwickelung der Dipsomanielehre, wobei er namentlich überlegt, wie die fortschreitende klinische Erfahrung immer mehr zur Auffassung der Krankheit als einer epileptischen Störung drängte. Dabei wird die Frage nach der Umgrenzung des Begriffes der Epilepsie, nach der Existenz einer rein psychischen Epilepsie im Sinne von *Falret* und *Samt* wiederholt gestreift.

Gaupp ist auf Grund umfangreicher eigener Untersuchungen und eingehender Literaturstudien zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Dipsomanie stets ein Symptom der Epilepsie ist. Er setzt die Gründe für diese Annahme auseinander, berichtet in Kürze über das Ergebniss seiner eigenen Untersuchungen, das er am Schlusse folgendermassen zusammenfasst: Ein Ueberblick über die ganze Reihe der beobachteten Krankheitsfälle zeigte uns, dass am einen Ende der Kette der Epileptiker steht, der neben anderen Zeichen seines Leidens auch periodische Verstimmungen aufweist,

am andern Ende der Dipsomane, bei dem die periodische Verstimmung mit ihrem konsekutiven Trinktrieb das einzige Symptom darstellt, dass aber zwischen diesen beiden extremen Formen sich alle möglichen Uebergänge finden.

Im 2. Theil seiner Ausführungen schildert *Gaupp* das klinische Bild der Dipsomanie, den Verlauf der einzelnen Anfälle, die Getränke der Dipsomanen nach Art und Menge, das Ausbleiben der Lähmungssymptome trotz enormer Excesse, den Uebergang der Verstimmung in einen Dämmerzustand, das gelegentliche Auftreten eines mit epileptischen Zügen vermischten Alkoholdelirs, den Verlauf des Anfalls bei Abstinenz im Schutz der Anstalt, die psychische Persönlichkeit des Quartalsäufers ausserhalb der Trinkanfälle. Dann bespricht der Vortragende die Diagnose der Dipsomanie, namentlich ihre Unterscheidung vom einfachen Alkoholismus, erörtert die Frage der sogenannten Pseudodipsomanie und geht weiterhin zur Schilderung der Ursachen über. Die Bedeutung der erblichen Belastung wird hervorgehoben, der Einfluss von Kopftrauma, organischer Gehirnerkrankung, chronischem Alkoholismus besprochen. In der Frage, wie weit die weiblichen Generationsvorgänge ätiologisch wirksam sind, nimmt *Gaupp* einen skeptischen Standpunkt ein, wobei er namentlich darauf hinweist, dass hier Vieles als Dipsomanie bezeichnet wird, was nicht dazu gehört.

Die Prognose der Dipsomanie wird als meist ungünstig geschildert, da es selten gelingt, die Alkoholabstinenz während der Zwischenzeiten bei dem Kranken durchzusetzen. Bei der Besprechung der Behandlung wird auf die Nothwendigkeit dieser Abstinenz hingewiesen und eine länger dauernde Anstaltsbehandlung empfohlen. Daran schliesst sich eine Erörterung über die Mittel und Wege zur Bekämpfung des Anfalls selbst. (Brom, Sulfonal, Bettruhe, Selbsthülfe.)

Anhangsweise wird der Ansichten *Smith*'s gedacht, der die Dipsomanie als Herzepilepsie bezeichnet und sie aus periodischen Herzerweiterungen erklärt. Die Richtigkeit dieser Ansicht lässt *Gaupp* mangels hinreichender eigener Erfahrungen dahingestellt, erkennt jedoch die Gründe, welche *Smith* gegen die epileptische Natur der Dipsomanie anführt, nicht an. Er betont nochmals, dass nach seinen Forschungsergebnissen die periodische Trunksucht als ein psychisch-epileptisches Aequivalent anzusehen ist, und dass kein Grund vorliegt, den Epilepsiebegriff, welchen wir *Falret*, *Morel*, *Trousseau* und *Samt* verdanken, fallen zu lassen.

(Vergl. die bereits veröffentlichte Monographie: *R. Gaupp*, Die Dipsomanie. Eine klinische Studie. Jena 1901.)

Diskussion. *Bezzola*-Ermatingen: Meine vom Referenten citirte Ansicht, dass der Dipsomane der Typus des belasteten Trinkers ist, wird durch die Annahme, dass er epileptisch ist, nicht hinfällig. Ich glaube auch, dass unter den Dipsomanen viele Epileptiker sind. Beispiele von Belastung bieten meine jüngsten Fälle dar: I. 2 epileptische Brüder, II. dipsomanische

Grossmutter und morphinistische Mutter; III. und IV. alkoholistische Vä
die alle in den erwähnten Rahmen der Epilepsie hineingedrängt wei
können.

Uebrigens halte ich eine Scheidung der Dipsomanie vom übri
Alkoholismus für praktisch undurchführbar, da bei genauerer Beobacht
sich überall eine Periodicität nachweisen lässt, die bald mehr, bald wen
deutlich in die Erscheinung tritt, auch beim normalen Menschen, b
Psychopathen aber stärker vorhanden ist. Ich möchte Herrn Profe
Kraepelin fragen, ob diese Thatsache bei experimentell-psychologisc
Untersuchungen nicht hervorgetreten ist. Meine bezüglichen klinisc
Beobachtungen sind noch nicht abgeschlossen, haben mich aber da
geführt, die von gewiegten Physiologen, wie *Bunge*, behauptete biologis
Thatsache der Periodicität normaler Lebenserscheinungen als nicht
unterschätzenden Faktor zu betrachten. Von den bekannten periodisc
Geschlechtsfunctionen der Frau ausgehend, hat *Fliess* die allgem
Periodicität auch beim Manne nachgewiesen. Es sind, abgesehen da
Gründe genug da, um das Vorhandensein dieser Periodicität bei and
Lebensfunctionen, wie Herztonus (*Smith*) und Nervenerregbarkeit, nicht
der Hand zu weisen. Daher möchte ich betonen, dass es wünschensw
erscheint, die periodischen Erscheinungen bei normalen u
psychopathisch beanlagten Menschen zuerst genau festzustell
bevor man alle Dipsomanen als specifisch epileptisch erklärt.

Bieberbach-Heppenheim illustrirt das Verhältniss der Dipsomanie
Epilepsie durch ein Beispiel aus seiner Anstalt. Von zwei Stiefbrüd
deren Heredität nicht bekannt ist, ist der eine ein degenerirter Quart
säufer, der öffentliches Aergerniss erregt durch auffallende Schenkun
(sogen. Gassenengel — Hausteufel), sein Sohn ist epileptisch. Der and
Stiefbruder hatte nach dem Tode seiner Frau wiederholt Anfälle von Dip
manie, seine Tochter ist periodisch nervös, deren Sohn ist epileptisch.

Fauser-Stuttgart frägt nach der Häufigkeit des Vorkommens der Dip
manie in dem von dem Vortragenden umschriebenen Sinn. Bei einer s
grossen Zahl von Alkoholikern und einer nicht unbeträchtlichen Zahl
Epileptikern, die ihm während seiner langjährigen Spitalthätigkeit zu
sicht gekommen sind, erinnert er sich nur an 3 Fälle, die er als „Dip
manie“ auffassen konnte, trotzdem er seine Aufmerksamkeit seit Jah
auf die Frage nach der etwaigen epileptischen Grundlage richtet. —

Bei chronischen Alkoholikern, namentlich solchen mässigen Grads,
er schon öfters Fälle erlebt, bei denen er sich diese Frage vorlegen muss
man beobachtet bei diesen Leuten manchmal „Verstimmungen“, für
sich keine äussere Veranlassung nachweisen lässt, und die sie zu tagela
fortgesetzten Trinkexcessen verleiten. *Fauser* ist trotz der Verwandtsch
zwischen Epilepsie und Alkoholismus nicht geneigt, diese „Verstimmunge
als „epileptisch“ aufzufassen, glaubt aber, dass in praxi die Diagn
manchmal schwierig ist.

Smith-Schloss Marbach behält sich vor, in seinem späteren Vortrage die Uebereinstimmung der Herzbilder der *Bianchi-Smith*'schen Methode und der orthodiagrafischen Röntgenbilder nach *Moritz* zu demonstriren. Aber auch für die Herren, welche die Methode nicht anerkennen wollen, lassen sich durch die Sphygmogramme die genauesten Nachweisungen liefern, dass bei den Anfällen das Gefässsystem in erster Linie betheiligt ist. Man sieht, wie ein bis zwei Tage vor dem Anfall der Puls schon schwächer wird, die Spitze flacht sich schon ab, während sonst noch alles in Ordnung erscheint. Bei dem Anfall selbst sehen Sie dann die starke Beeinflussung des Pulses noch mehr, und erst nach Beendigung desselben ist er wieder in Ordnung. Sie sehen, dass der Puls bei den herumgegebenen Zeichnungen um so schlechter ist, je grösser das Herz gleichzeitig ist. Bei psychophysischen Untersuchungen vermittels des dreidimensionalen Fussapparates von *Sommer* haben wir ebenso bei den Anfällen ähnliche Kurven, wie bei der anderweitig entstandenen Herzdilatation, wie Sie hier sehen. (Demonstration der Kurven). Ich gebe noch eine Reihe von Kurven herum, bei denen die Ordinate die Grösse des Herzens nach Länge und Breite in Centimetern, die Abscisse das Datum der Untersuchung angiebt, und so die Krankengeschichte immer da, wo in der Kurve der Gipfel der Herzvergrösserung liegt, auch die Kriterien des Anfalles, Verstimmung, Reizbarkeit, Dämmerzustand, hie und da Schwindel und Ohnmacht, anführt. Praktisch spricht schon für unsere Ansicht, dass wir fast ausnahmslos in der Lage sind, aus dem Verhalten des Herzens den Anfall mehrere Tage vorherzusagen, was uns und den Kranken ermöglicht, vor Ueberraschungen unangenehmer Natur sicher zu sein.

Gaupp-Heidelberg: Mit Herrn Dr. *Bezzola* stimme ich darin überein, dass die erbliche Belastung des Dipsomanen die Regel ist. Aber sie ist doch nicht ohne Ausnahme. Und da sich der nicht belastete Dipsomane in nichts vom Belasteten unterscheidet, so vermag ich in der Belastung keinen nothwendigen Bestandtheil des klinischen Bildes zu sehen.

Wenn aber schwere chronische Alkoholisten in ihren Trinkexcessen ebenfalls eine gewisse Periodicität zeigen, wie Herr Dr. *Bezzola* sagt, so möchte ich glauben, dass dann bei einer solchen Veränderung des Alkoholismus ein gewisses epileptisches Moment mitspielt. Der chronische Alkoholismus hat in dem belasteten Trinker eine — wenn Sie den Ausdruck gestatten — rudimentäre Epilepsie geweckt, die zu periodischen Schwankungen der degenerativen Erscheinungen führt. Dagegen vermag ich nicht anzuerkennen, dass spontane periodische Verstimmungen vom Charakter der epileptischen und dipsomanischen Depressionen auf anderer als epileptischer Grundlage vorkommen; der Entartung als solcher sind sie nicht eigen.

Friedmann-Mannheim: **Ueber die Grundlage der Zwangsvorstellungen.**

Die Lehre von den Zwangsvorstellungen scheint gegenwärtig in ein Stadium getreten zu sein, wo das immer weitergehende Auffinden und Auf-

stellen neuer Unterformen, wie es heute in der Literatur zu bemerken ist, sich kaum fruchtbar erweist, solange der Grundbegriff selbst nicht entsprechend geklärt ist, sowie es dem heutigen Stande unserer Kenntnisse entspricht. Zwar ist zu der ursprünglichen eigentlichen „Zwangsideenkrankheit", wie sie von *Westphal* und *Krafft-Ebing* geschildert worden ist, die symptomatische Zwangsidee hinzugetreten, welche als eines der verschiedenen Einzelsymptome der allgemeinen Neurosen auftritt, und welche in einer Fülle verschiedenartiger Formen sich darstellt. Aber es ist damit auch die klassische Präcision der ehedem massgebenden *Westphal*'schen Definition in wesentlichen Stücken beseitigt und verflüchtigt worden. Er hatte nämlich diese drei Grundbedingungen für das Auftreten der Zwangsidee festgestellt: sie sollte erstlich auf der Basis einer sonst normalen Intelligenz und ohne das Vorhandensein eines primären Affectes sich herausbilden, sie sollte zweitens sich zwangsmässig, d. h. „gegen und wider den Willen der Patienten" sich aufdrängen und den normalen Gedankenablauf durchkreuzen, und sie sollte drittens im logischen Sinne von jenem abgelehnt werden, d. h. ihm abnorm und fremdartig erscheinen, und der Patient sollte ihr „mit seinem gesunden Bewusstsein gegenüberstehen". Von diesen drei, resp. vier Kriterien ist eigentlich nur dasjenige, das sich schon durch den Namen Beachtung erzwingt, das zwangsmässige Auftauchen der Ideen, für die Folgezeit massgebend geblieben und nicht einmal regelmässig die Bedingung des intacten intellectuellen Verhaltens. Namentlich aber entstehen die meisten Formen bei den allgemeinen Neurosen auf einer emotiven Grundlage, d. i. in Folge einer primären angstvollen Erregtheit, und es ist weiterhin zwar richtig, dass die Ideen und Impulse für die Patienten stets peinlich und von ihnen gefürchtet werden; aber meist nur den motivlosen Zwangsimpulsen stehen sie „mit ihrem gesunden Bewusstsein gegenüber", und z. B. die quälende und drangvoll sie verfolgende Furcht einer Frau, es sei beim Eintritt der natürlichen Menopause noch eine neue Schwangerschaft eingetreten, oder bei einem Manne die masslose Sorge, es könne sein Ehescheidungsprocess zu seinen Ungunsten entschieden werden, derartige Zwangsideen also werden von den Patienten für inhaltlich berechtigt erklärt, wenn sie auch anerkennen, dass sie ihre Sorge in übertriebener Art äussern. Ganz ähnlich aber verhält sich die Sache bei dem Heere der sogen. Phobien.

Sind nun solche Vorstellungen noch ächte Zwangsideen? Gehören die monomanischen Triebe, Kleptomanie, Pyromanie etc., gehört jener Latah genannte Zwangstrieb der malayischen Frauen und all das sonst dazu Gerechnete, gehört dies zu den ächten Zwangsvorstellungen? Was ist an dem Begriffe absolut wesentlich, und was ist flüssig und secundär? Darauf hat man neuerdings zu wiederholten Malen nur eine und eine unbefriedigende Antwort zu geben gewusst. Man hat nur gesagt: kehren wir zu den strikten Bedingungen der *Westphal*'schen Definition zurück und scheiden wir einfach alles Andere aus! Diese Antwort ist eine Verlegenheits-

nimmt, weil man eben jene Frage heute nicht zu beantworten weiss; es würden dann nur die ziemlich seltenen Formen auf schwer psychopathischer Anlage übrig bleiben und schon nicht mehr jene sonst so typischen Zwangsideen der allgemeinen Neurosen fast sammt und sonders, und dies, obwohl auch unter den Neurasthenikern ein recht beträchtlicher Theil auf dem Boden der vererbten Degeneration erwächst. Man findet aber heute eine andere Lösung, weil jene Definition des Altmeisters, so treffend und klar sie auch gefasst ist, nur eine gedrängte Habitusschilderung des Symptoms enthält, welche eben aus dem Symptomenbild der „Zwangsideenkrankheit" abgezogen war, und weil sie deshalb nichts über das innere Wesen der Erscheinung und über ihren psychologischen Ursprung aussagt.

Nun besitzen wir aber allerdings schon heute eine Theorie der Zwangsidee; nur ist sie halb instinctiv und ohne tiefere Untersuchung aus der Definition herausgelesen worden. Das Wesen war darnach der Zwang im Auftauchen der Vorstellungen und Impulse: es war eine Art Empörung des Vorgangs der Erinnerung, wodurch die Ideen ungerufen durch die associativ angeregte Reproduction oder nur durch zufällige äusserlich angeregte Einfälle — z. B. echomässige Wiederholung bei der Echolalie — sich ins Bewusstsein heraufdrängen sollten. Analog ist es in der Norm, wenn Jemand durch das Wachwerden einer Melodie gegen seinen Willen verfolgt wird, wenn beim Anblick des Ernsten und Heiligen lächerliche Contraste der Person zu ihrem eigenen Ekel einfallen, wenn ein unsinniger Impuls, etwa einen werthvollen Gegenstand ins Wasser zu werfen, in einer Versammlung loszubrüllen, wenn Solches sich ins Denken eindrängt. Wird diese Erscheinung heftiger, so verglich man sie mit dem pathologischen Krampf in einem Muskelgebiet und sprach im übertragenen Sinne von einem „Vorstellungs- oder Erinnerungskrampf" (*Friedreich*, *Emminghaus* u. A.) oder von „quasi tetanisirter Aufmerksamkeit" (*Ribot*).

Diese Theorie jedoch halte ich in der Hauptsache für unrichtig, wenigstens für die Zwangsideen; für die Zwangsimpulse und für die eigenartige Form des Zwangsdenkens (*Löwenfeld*), wo ein ungewolltes Spiel der Phantasie in etwas seltenen Fällen die Person heimsucht, dafür dürfte sie, wenn auch bei den ersteren nur für einen Theil, zutreffend sein. Der Hauptvorwurf, welcher der Theorie und ganz ebenso der *Westphal*'schen Definition zu machen ist, ist der, dass sie nur auf die Art des Auftretens, aber nicht auf die Natur und den Inhalt der Zwangsideen Rücksicht nehmen. Grossentheils wurde dies jedoch dadurch vermieden, dass man die Impulse als völlig gleichwerthig mit den Zwangsideen zusammengefasst hatte; so konnte die grundlegende Thatsache bisher übersehen, dass eine, ja man kann fast sagen, die Hauptkategorie der Vorstellungen so gut wie nicht als Inhalt regelrechter Zwangsideen angetroffen wird: einfache Erinnerungen abgelaufener Dinge und Geschehnisse, sie mögen noch so peinlich und für die Phantasie aufregend sein und gewesen sein, kehren nicht als Zwangsideen wieder. Hat z. B. Jemand etwas so

Grässliches gesehen, wie etwa wenn er unvermuthet auf den erhängten Leichnam eines Hausgenossen gestossen ist, so kann ihn dieses fürchterliche Erinnerungsbild noch wochenlang nachher erregen; indessen es verblasst immer in normalen Zeitläufen und nimmt nicht etwa an Intensität noch zu, wie eine wirkliche Zwangsidee es thun würde. Ebenso habe ich es unter der ansehnlichen Zahl von nahezu 200 Fällen von ausgeprägten Zwangsideen noch nicht erlebt, dass, soweit ich sehe, ein selbstüberstandenes Unglück sich soweit ausgestaltet hat. Nehmen doch *Freud* und *Breuer* sogar an, dass böse sexuelle Erlebnisse, welche zur Wurzel einer schweren Hysterie wurden, dass diese sogar ins Unterbewusstsein zu verschwinden pflegen und dann erst künstlich in der Hypnose geweckt werden müssen. Freilich bietet auch das verflossene Ereigniss sehr häufig den Anlass zu Zwangsideen, aber jeweils unter einer bestimmten neuen Bedingung: sie schauen dann auf die Zukunft und nicht mehr auf die Vergangenheit. Hat etwa Jemand einen epileptischen Anfall mit angesehen, so kann er dadurch wirklich nervös werden, und der Vorfall kann ihn zwangsmässig verfolgen; indessen dies geschieht in der Form, dass die Personen fürchten, ihnen selbst möchte ein „ähnlicher" Krankheitszustand zustossen wie der gesehene.

Nun wird man aber zweitens auch Anstoss nehmen an der Thatsache, dass die fixe Idee und die Wahnidee nicht im Stande sind, in so heftiger und so formal bedingter Weise sich ihren Trägern aufzudrängen. Man wird einwenden, auch ein Melancholiker werde ja gepeinigt und verfolgt von seiner Wahnidee; man kennzeichne das nur nicht im Namen des Symptoms; denn a potiori fit denominatio. Ganz recht, aber doch ist das kein wirklicher Zwang, der Wahn kommt nur, wenn er gerufen wird durch den Ablauf des Denkens und der Associationen. Und wieder beobachten wir auch fixe Ideen, welche zugleich richtig zwangsförmig sich zudrängen in das Bewusstsein, und nochmals geschieht das dann eben, wenn der Wahn einmal direct in die Zukunft schaut. Es sind dies solche Ideen, welche *Wernicke* als überwerthige bezeichnet hat, so die Mehrzahl der hypochondrischen, z. B. eine lächerliche Furcht, an der harmlosesten Stelle, wo einmal ein Hund gelegen hat, mit Wuthgift inficirt worden zu sein oder es zu werden, oder jene von einem Melancholiker in ganz unglaublich stürmischer und eintöniger Art und Weise wiederholte, Jahre lang während Idee, entweder er selbst oder seine Kinder, ja vielleicht erst seine Kindeskinder würden seinetwegen von einem wüthenden Volkshaufen ermordet werden. Das sind alles ächte, in die Zukunft blickende Erwartungsvorstellungen, denn auch der Hypochonder erwartet die Krankheit erst in der Zukunft und bestürmt gerade wegen seiner Bangigkeit davon den Arzt; und die gefährlichsten typischen Wahnideen der Melancholie sind diejenigen, wo die Patienten jeden Moment gewärtig sind, dass etwas Grässliches „eintreten", dass der Gensdarm kommen und sie holen werde u. s.

Man kann indessen den Unterschied zwischen der fixen Idee und de

Zwangsidee noch präciser in die Formensprache der Logik kleiden, wenn man sagt, die Zwangsidee besitze einen Inhalt, welcher dem sonstigen Denkinhalte der Person nicht angegliedert werden kann, oder noch besser, es seien Vorstellungen, welche nicht die Form der fertigen Urtheilsassociation gewinnen, wie das bei der fixen Idee geschieht. Bei der Zwangsidee fürchtet der Patient, er könne seinen Kindern Carbolsäure statt Arzenei gegeben haben; der Melancholiker weiss es und grämt sich, dass die Kinder durch seine Jugendsünden kränklich und inficirt sind. Und von dem Zwangsimpuls scheidet sich die Zwangsidee dadurch, dass diesem ersteren das vorangehende Motiv fehlt, dass ein überstürztes überactives psychisches Geschehen sich ereignet; die Zwangsidee jedoch ist ein nicht voranschreitendes, ein gehemmtes Denken, und sie ist analog der Impulshemmung, welche ja auch umso viel öfter in der Begleitschaft der Zwangsidee vorkommt, aber nicht dem activen Impulse.

Damit ist unsere eigene Erklärung des Symptoms fast schon ausgesprochen. Hier liegen Verhältnisse vor, welche nur eine Uebertreibung normaler psychischer Eigenthümlichkeiten darstellen: drängend und zwangsmässig ist nämlich für uns an und für sich jegliche nicht des Abschlusses fähige Vorstellung, sei es, dass ein thatsächliches, sei es, dass ein logisches Hinderniss vorliegt. Es handelt sich um folgende vier Gruppen: Sorgen und Befürchtungen, Erwartungen, Zweifel und endlich an sich isolirte und unverstandene Vorstellungen. Immer besteht da eine Ungewissheit, eine unbekannte Zukunft oder eine unaufhörbare Frage steht offen. Die Ungewissheit ist nicht nur peinlich, sondern sie benimmt auch dem Denken den Athem, sie occupirt das Feld des Bewusstseins wie ein Feind und bestürmt immer von Neuem ihr Opfer. Worauf beruht das? Kaum eine andere Eigenschaft unseres Geistes ist in Wahrheit tiefer gegründet. Das reflectirende Denken ist mit Nothwendigkeit ein fortschreitendes, fortschreitend jedoch in Etappen, erst muss das eine Denkobject erledigt und abgeschlossen sein, dann kommt das andere an die Reihe. Nur verworrene Personen kommen ideenflüchtig von Einem ins Andere. An ein neues Object ketten sich so lange Associationen, bis es verstanden ist. Der Fragezwang unserer Kinder lehrt uns, wie ein förmlicher Drang zum Verstehen des Unbekannten besteht. Die Panphobie des Naturmenschen zeigt umgekehrt, wie aufregend das Nichterklären wirkt. Die Aporie, die Verlegenheit vor dem Neuen, ist, wie schon *Plato* lehrte, der oberste Anlass zur wissenschaftlichen Forschung. Analog diesem Associationszwang ist der drängende Impuls, das begonnene Thema zu Ende zu denken. Bei Vorhandensein geringer Erregtheit kann die dadurch erzeugte Unruhe den Schlaf völlig rauben. Stärker aber noch als diese logische Unabgeschlossenheit wirkt die thatsächliche, die Ungewissheit über ein erwartetes Ereigniss und noch mehr über eine vorgestellte Gefahr. Mit dem Begriff der Erwartung ist reziprok derjenige der Un-

geduld. Die Erregung wird zur peinlichen Unruhe, die Idee des Kommenden pocht stets von Neuem an die Pforten des Bewusstseins. Das Factum eines Misserfolgs und der Eintritt einer Krankheit oder eines Missgeschicks giebt Raum zur Sammlung, es ist eine förmliche Erlösung, nun das Weitere zum Schutz und zur Restitution überdenken zu können. Solange nur die Erwartung möglich ist, fehlt die Fähigkeit, anderen Gedanken als der Sorge selbst Raum zu geben. Ebenso peinigend wirkt das Unbekannte an sich; klassische Fälle sind alltäglich wie der Fall meiner Beobachtung, wo ein Herr gleichzeitig Jahre hindurch eine starke chronische Nephritis und eine harmlose nervöse Paraesthesie an den Knieen besass. Jene war ihm fast gleichgültig; der Gedanke an die Paraesthesie jedoch verbitterte sein ganzes Leben, und nur mit grösster Energie konnte er sich zurückhalten, die tödtliche Waffe gegen sich zu kehren.

Indem aber die eine Vorstellung immer von Neuem in identischer Weise das Bewusstsein belagert, erleidet der Patient jene weitere Pein, welche die stete Wiederholung eines gleichförmigen Reizes auf unser Gehirn ausübt. Wie beim Kitzel wird dadurch eine förmlich unerträgliche Ueberreizung hervorgebracht, und darin ist eine wesentliche Ursache jener beklemmenden Angst zu erblicken, welche die Zwangsvorstellungen und die Zwangshemmungen zu verursachen pflegen. Sie pressen dann nicht bloss bildlich dem Patienten den Angstschweiss aus; das ewige Anrennen mit dem Kopfe gegen das gleiche unübersteigliche Hinderniss bringt auf mehr physiologischem Wege jene bekannten Erscheinungen des Zitterns und der Erschlaffung hervor.

Wir haben es damit eigentlich mehr mit den normalen Bedingungen der Zwangsvorstellungen zu thun gehabt als mit den pathologischen. Werfen wir noch einen flüchtigen Blick auf die letzteren! Der starken Verschiedenheit im Auftreten des merkwürdigen Symptoms entspricht auch eine wesentliche Differenz der speciellen Ursachen. Immer handelt es sich also um unabgeschlossene Vorstellungen; aber der eigenartige Einfluss der letzteren auf unsere Psyche kann in dreifacher Weise pathologisch übertrieben werden: fürs Erste können thatsächliche, begründete Sorgen und peinvolle Erwartungsvorstellungen bestehen, und es wird nur der Effekt derselben durch eine vorhandene ängstliche nervöse Erregtheit wesentlich gesteigert. Der Patient verbeisst sich förmlich in seine Sorge, er wird durch sie ruhelos gehetzt, und für ihn existirt kaum mehr ein anderes Object des Denkens. Das sind die emotiven Zwangsvorstellungen der Neurastheniker und der Hypochonder. Die nervöse und ängstliche Erregtheit wirkt aber nicht blos irritirend auf das Denken, sondern umgekehrt auch lähmend, besonders dann, wenn es sich um von Hause aus willensschwache Personen handelt, oder aber wenn mehr der Zustand der Erschöpfung vorwaltet. Dann sind es namentlich die „Bedenken“ vor dem Abschluss einer Handlung und Entscheidung sowie vor den Consequenzen der vollendeten Handlungen, woran das Denken strauchelt und seinen Lauf

hemmt. Am stärksten sind diese Bedenken dann, wenn zunächst in drastischer, förmlich chocartiger Weise einmal ein solcher Abschluss missglückt ist. Hier rennt der Patient mit dem Kopfe gegen die Bedenken an, und dies führt zu den vielen Impulshemmungen, jenen Phobien, und andererseits zu der Irrtumsangst. Merklich anders entsteht der Grübelzwang und das Zwangsdenken in der eigentlichen Zwangsideenkrankheit, der dritten Hauptform. Hier liegt eine ganz elementare Denkstörung vor; das normale Grundgesetz des reflectirenden Denkens ist in seiner Wurzel alterirt, der fortschreitende Denkablauf ist in seinem ganzen Processe gehemmt; dieses Denken ist ein klebendes geworden, es rückt nirgends recht von der Stelle, die Aufmerksamkeit wird durch Alles festgehalten, Haupt- und Nebensachen werden nicht unterschieden, und zudem „klebt" der Patient jedesmal fest, er dreht sich mit den spitzfindigsten oder auch trivialsten Variationen jeweils im gleichen Kreise herum. Dass neben vielen anderen Abnormitäten hier vor allen Dingen an allen natürlichen Haltepunkten und Hemmnissen der Gedankenbewegung Klippen entstehen, wo sich das Denken in einem förmlichen Wirbel von Fragen auflöst, das ist verständlich. Der normale Mensch stösst sich, auch wenn er erregt ist, nur an wesentlichen Zweifeln und Sorgen. Jener ans Festkleben gewöhnte Patient muss über alle Probleme des Zweifels „grübeln" gleich dem Kinde, welche der Geistesnormale für unauflösbar oder für nebensächlich erkannt hat.

Beschränken wir uns für jetzt auf diese Andeutungen flüchtigster Art, welche anderen Ortes ausführlicher erläutert werden sollen, und schliessen wir, indem wir in eine kurze Definition das Wesentliche unserer Erklärung zusammenfassen:

„Zwangsideen sind solche Vorstellungen des Zweifels, der Sorge oder der Erwartung, welche ihrer Natur nach isolirt und eines Abschlusses unfähig bleiben, und deren Eigenschaft, ihrem Träger auch gegen dessen Willen sich aufzudrängen, entweder durch nervöse Erregtheit lebhaft gesteigert oder deren Bildung durch primäre Hemmungen des Entschliessens und Denkens befördert wird."

Endlich noch ein Wort über den logischen Werth der Zwangsvorstellungen. Die Frage ist von Bedeutung für die von mir vertretene Lehre, dass mit der Steigerung der Intensität einer Vorstellung diese auch an überzeugender Kraft für das Subject gewinnen muss. Die Zwangsidee nun ist ein weiterer Beweis für diese Lehre, und nur die ehemalige *Westphal*'sche Definition kann den Eindruck des Gegentheils erwecken. Die Ideen der zuletzt erwähnten Kategorie nun, die klebenden Zwangsvorstellungen, irritiren das Subject in der That lediglich formal dadurch, dass sie in erster Linie sein Denken hilflos machen und vor lauter Hemmungen nicht vorwärts kommen lassen. Bei den emotiven Formen dagegen gewahren wir den reinsten Effekt der Steigerung des Vorstellens dann, wenn sonst gar nichts Wesentliches in den intellectuellen Processen ge-

stört ist, wenn weder ein specifisch gefärbter Affect noch eine erhöhte Suggestibilität vorliegt. Dann wächst ihr logischer Werth aufs Höchste, nur wird kein pathologisches Trugurtheil erzwungen, wohl aber werden die vorhandenen Zweifel hochgradig überwerthig, und die Argumente im Sinne des Zweifels und der Sorge, welche bei normaler Stärke leicht überwunden würden, nehmen alles Sinnen und Trachten der Person in Beschlag, und dies absolut nicht bloss in formalem, sondern in ausgeprägt logischem Sinne.

Nissl-Heidelberg: Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen.

Vortragender weist darauf hin, dass die Meinungen der Autoren in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und einfachen Seelenstörungen weit auseinandergehen. Die Mehrzahl der Forscher steht auf dem Boden der symptomatologischen Betrachtungsweise. Am meisten Verbreitung hat wohl die Ansicht gefunden, dass es erstens selbständige hysterische Prychosen giebt, und dass zweitens davon zu unterscheiden sind: Psychosen, die sich auf dem Boden der Hysterie entwickeln. *Kraepelin* dagegen ist auf dem Wege der klinischen Betrachtungsweise zu der Auffassung gelangt, dass die Hysterie eine angeborene Störung darstellt, die einen Zustand des Nervensystems bedingt, der sich dauernd als wirksam zeigt, so dass es jederzeit zu körperlichen Störungen und zu specifischen Irreseinsformen kommen kann. Der andauernd wirksame Zustand manifestirt sich als sogenannter hysterischer Charakter. Nicht nur ein Theil der Fälle des selbständigen hysterischen Irreseins der Autoren, sondern auch die Psychosen, welche nach der allgemein getheilten Anschauung auf der hysterischen Grundlage entstehen sollen, haben mit der Hysterie Nichts zu thun: namentlich geben zur Dementia pracox gehörige Fälle, in deren Verlauf hysterieähnliche Symptome beobachtet werden, Anlass zu Verwechslungen mit hysterischen Psychosen. Bis jetzt hat nur *Sommer* den Standpunkt *Kraepelins* anerkannt.

Vortragender hat an Hand des Heidelberger Materials die Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und einfachen Seelenstörungen von neuem geprüft. Dieses Material ist besonders deshalb so überaus werthvoll, weil in der diagnostischen Beurtheilung der vor 1890 aufgenommenen Fälle die symptomatologische, nach 1890 aber die klinische Betrachtungsweise zum Ausdruck gelangt. Vortragender bedauert, dass es ihm bis jetzt noch nicht möglich war, das gesammte Material im Einzelnen zu bearbeiten; er vermochte bis jetzt nur sämmtliche Frauenjournale und von den Männern etc. etwa ein Drittel mit der nothwendigen Sorgfalt durchzustudiren, behält sich aber vor, das Ergebniss seiner Untersuchungen mit den einschlägigen Krankheitsgeschichten ausführlich mitzutheilen, sobald dieselben zum definitiven Abschluss gelangt sind.

Da die Bearbeitung der sämmtlichen Frauenjournale zu sicheren Ergebnissen geführt und auch die Durchsicht der bisher sudirten männ-

lichen Krankheitsfälle diese Ergebnisse vollauf bestätigt hat, so hält sich Vortragender schon heute für berechtigt, die Resultate seiner Untersuchungen der Versammlung zu unterbreiten.

Das Ergebniss seiner Untersuchungen lässt sich dahin zusammenfassen, dass hysterische Psychosen eine sehr seltene Krankheit sind; von sämmtlichen in die Heidelberger Irrenklinik aufgenommenen Frauen erkrankten nur 1,5 pCt. an hysterischen Psychosen, dagegen sind sogenannte hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen eine relativ häufige Erscheinung. Das hiesige Material beweist, dass 14,4 pCt. aller Frauen an einfachen Seelenstörungen leidet, in deren Verlauf und vor deren Ausbruch hysterische Symptome aller Art, ja sogar auch die Zeichen der sogenannten Grande Hysterie, festgestellt werden konnten. Vortragender vermag zu beweisen, dass diese hysterischen Symptome keine Symptome der Hysterie, sondern Krankheitszeichen einfacher Seelenstörungen sind, welche den Symptomen der Hysterie ungemein ähnlich sind und zum Theil von hysterischen Stigmaten überhaupt nicht unterschieden werden können.

Weitaus der grössere Theil der einfachen Seelenstörungen mit „hysterischen" Erscheinungen sind Katatonie. Ein anderer Theil gehört dem manisch-depressiven Irresein und der Melancholie des Rückbildungsalters an.

Vergleicht man das Krankenmaterial vor 1890 mit den nach 1890 aufgenommenen Fällen, so gelangt die verschiedene Stellung zu der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und einfachen Seelenstörungen ohne Weiteres schon äusserlich zum Ausdruck. In den Journalen vor 1890 konnten nicht weniger als 17 verschiedene Diagnosen von Hysterie und einfachen Seelenstörungen notiert werden: z B. „Hystero-Melancholie", „Hystero-Manie", „Hystero-Hypochondrie, reizbare Schwäche", „hysterische Verrücktheit" u. s. w.

Nach 1890 findet sich nur noch ein einziges Mal 1891 die Diagnose Hystero-Melancholie; von da an tritt der ätiologische Factor der Hysterie ausschliesslich in der Diagnose des „hysterischen Irreseins" zu Tage.

Aus den Jahren vor 1890 lagen im Ganzen 833 Fälle, 342 Männer und 491 Frauen, vor. Die Diagnose hysterisches Irresein und die 17 Diagnosen von Hysterie und einfachen Seelenstörungen wurde 175 Mal gestellt, bei den Frauen 67 Mal, bei den Männern nur 8 Mal. Die kleine Zahl bei den Männern ist wohl darauf zurückzuführen, dass Vortragender die häufige Diagnose „Hypochondrie", „Hypochondromelancholie", „hypochondrische Verrücktheit" nicht mitgerechnet hat. Bei den 491 Frauen wurde hysterisches Irresein 28 Mal und Complicationen mit Hysterie 39 Mal festgestellt. Unter den letzteren Diagnosen ist weitaus die „Melancholie, Hysterie", „Hystero-Melancholie" und ähnliche am häufigsten vertreten, nämlich 18 Mal. Dann folgen die Complicationen mit den verschiedenen

Formen der Verrücktheit mit 8 Fällen; die sämmtlichen übrigen Diagnos
formen vertheilen sich auf 13 Fälle.

Von den nach 1890 zur Aufnahme gelangten 3071 Fällen wurden
jetzt speciell 1064 Fälle von Frauen sorgfältig durchgearbeitet. Ur
diesen 1064 Frauen wurde 17 Mal die Diagnose „hysterisches Irrese
gestellt. Bei 19 Fällen fanden sich Fehldiagnosen, welche auf Hyst
und Complicationen einfacher Seelenstörungen mit Hysterie deuteten u
meist von den Aerzten, welche die Kranken einwiesen, stammten. Endl
notirte Vortragender in 103 Fällen von Katatonie, manisch-depressiv
Irresein, Melancholie des Rückbildungsalters und einigen diagnosti
nicht ganz aufgeklärten Fällen einfacher Seelenstörung „hysterisch
Symptome.

Da sich unter den 491 Frauen aus dem Material vor 1890 172 Fä
finden, bei denen keine Diagnose aufgezeichnet war, so wurden dieselb
vom Vortragenden durchgesehen und bei ihnen nach denselben Gru
sätzen das Auftreten „hysterischer“ Symptome verzeichnet, wie bei d
Materiale nach 1890. Solche wurden in 4 Fällen festgestellt.

Bringt man dieselben mit in Rechnung, so ergiebt sich folgendes a
schauliches Resultat bei den Frauen: Der Procentsatz der Fälle, in den
die Hysterie in der Diagnose zum Ausdruck gelangt, beträgt

vor 1890 . . . . 13,8 pCt.
nach 1890 . . . . 1,5 pCt.

der Procentsatz der Tabelle jedoch, bei denen überhaupt hysterische E
scheinungen, ohne jede Rücksicht auf die Diagnose gefunden wurd
beträgt

vor 1890 . . . . 14,4 pCt.
nach 1890 . . . . 11,2 pCt.

Vortragender führt aus, dass auf dem Boden der symptomatologisch
Betrachtungsweise eine gegenseitige Verständigung in der Frage der B
ziehungen zwischen Hysterie und den einfachen Seelenstörungen u
möglich erzielt werden könne. Er ist der Meinung, dass eine Ve
ständigung nur auf dem Boden der klinischen Auffassung der Psychos
möglich ist. Nichts ist der allgemeinen Einführung der klinischen B
trachtungsweise hinderlicher als die Vorstellungen, die man sich von de
Wesen der einfachen Seelenstörungen, d. h. der functionellen Geisteskran
heiten gebildet hat. Von diesen Vorstellungen hängen auch noch ande
Irrthümer ab, so z. B. der fundamentale Irrthum, dem Verständniss d
Psychosen dadurch näher zu treten, dass man die psychopathologisch
Erscheinungen psychologisch zu erklären sucht. Sobald wir die u
sinnige Vorstellung einer functionellen Krankheit aufgeben, sobald wir d
Hysterie als eine Krankheit betrachten, die ihrem Wesen nach eben
wie die Paralyse oder die eitrige Meningitis als die Folge eines bestimmte
wohl umgrenzten pathologisch-anatomischen Vorgangs zu betrachten i
dann wird man ganz von selbst die symptomatologische Forschungsmetho

verlassen und die klinische Betrachtungsweise anerkennen; auf dieser Grundlage aber ist eine gegenseitige Verständigung in der Frage der Beziehungen zwischen Hysterie und den anderen Seelenstörungen erreichbar.

Discussion. *Fürstner*-Strassburg: Ich glaube zunächst, dass wir den Ausdruck „functionelle Psychosen“ doch nur in dem Sinne gebrauchen, dass wir annehmen, dass auch ihnen gewisse krankhafte Vorgänge im Gehirn, eventuell an bestimmten Stellen, zu Grunde liegen, die besonders schnell ausgleichbar sind, dass wir aber über die Art dieser Vorgänge bisher nichts wissen; im Gegensatz dazu finden wir bei anderen Krankheitsbildern — den organisch bedingten —, z. B. der Paralyse, gröbere Veränderungen in der Rinde, die bisher aber noch nicht als constant und charakteristisch angesehen werden können. Bei den hysterischen Psychosen wird man gesondert erörtern müssen die Gruppen von Fällen, die auf dem Boden einer angeborenen degenerativen Grundlage sich entwickelt haben, wo dann die Erkrankungsformen auch durch besondere Stärke gekennzeichnet sind, und eine zweite, wo im späteren Leben bestimmte nervöse Symptome auftreten, die man als hysterische bezeichnet. Wenn Herr *Nissl* bezüglich der Fälle, die „vor 1890“ in der Heidelberger Klinik, d. h. unter meiner Direction, beobachtet wurden, meint, dass darunter eine Reihe sei, bei denen eine bestimmte Diagnose fehle, so liegt dies daran, dass ich gelegentlich bezüglich der diagnostischen Aufstellung zweifelhaft war, was vielleicht anderweitig auch vorkommen dürfte, und dass ich aus diesem Grunde die diagnostische Benennung zunächst offen liess. Ebenso kann es ja zweifelhaft sein, ob gewisse körperliche Symptome, die Herr *Nissl* bei weiteren Fällen getroffen hat, Ohnmachten, Zittern etc., der Hysterie zugerechnet werden dürfen oder nicht. In welchem Sinne ich mich für berechtigt halte, von einer Hystero-Melancholie, einer Hystero-Paranoia zu sprechen, habe ich in meiner Darstellung der hysterischen Psychosen, die Herr *Nissl* zu erwähnen nicht für nöthig hielt, auseinandergesetzt; würde er diese Darlegungen berücksichtigt haben, so würde ihm wohl auch die diagnostische Beurtheilung des vor 1900, d. h. von mir beobachteten Krankenmaterials verständlicher geworden sein.

Gaupp-Heidelberg: Die Ausführungen des Herrn Vortragenden erregen in mehreren Punkten Bedenken. Ich möchte hier nur kurz auf einen Punkt hieweisen: dass für die Hysterie der Satz nicht gelten kann, die psychologische Betrachtungsweise sei zu verwerfen, das wird sofort klar, wenn wir an die Therapie dieser Krankheit denken. Hysterische Symptome heilen wir auf rein psychologischem Wege; die psychologische Analyse giebt uns den Fingerzeig, wie wir den rechten Weg zur Beseitigung der Krankheitsäusserungen finden können. Die anatomische Betrachtung hilft uns hier gar nichts. Psychogene Störungen müssen psychologisch verstanden und behandelt werden; dadurch eben unterscheidet sich die Hysterie von anderen psychischen Krankheitsprocessen. Keine noch so

weit vorgeschrittene anatomische Forschung wird uns je die psychologische Analyse und Therapie der Hysterie überflüssig machen.

Friedmann-Mannheim schliesst sich Herrn *Gaupp* an gegenüber *Nissl*. Es sei nicht richtig, dass principielle Bedenken gegen die psychologische Erklärung hysterischer und überhaupt psychopathischer Zustände bestünden. Ueberhaupt sei es immer schädlich gewesen, wenn man einer wissenschaftlichen Forschungsmethode es habe verwehren wollen, an eine wissenschaftliche Aufgabe heranzutreten. Wir müssen ein tieferes psychologisches Verständnis psychischer Krankheitssymptome anstreben, und es wird ein solches, wie Herr *Gaupp* richtig gesagt hat, auch unsere Therapie leiten können. Für die Hysterie sei der Suggestionsbegriff äusserst wichtig geworden und auch bei der Zwangsidee hat *F.* wichtige therapeutische Directiven aus der vorgetragenen Theorie entnehmen können, wie an einem practischen Beispiel dargelegt wird.

Vorster-Stephansfeld übernimmt den Vorsitz.

Bartels-Strassburg: Ueber endophlebitische Wucherungen im Centralnervensystem und seinen Häuten.

Die Venenerkrankungen des Centralnervensystems haben im Gegensatz zu denen der Arterien erst in neuerer Zeit mehr Beachtung gefunden. Seitdem *Greiff* im Jahre 1888 seine Phlebitis obliterans beschrieben hatte bei Syphilis des Rückenmarks, mehrten sich die Mittheilungen. In den Fällen von *Greiff* lag eine Entzündung der Venenwand vor, welche im Gegensatz zu der *Heubner*'schen Endarteriitis alle Theile der Wandung ergriffen hatte, und die allmählich bis zur Verengung, ja bis zum Verschluss führte. Das Endergebniss stellte einen fibrösen Strang dar. Aehnliche Beobachtungen machten später *Schmaus*, *Siemerling*, *Rumpf* u. A. Von französischen Autoren beschäftigte sich namentlich *Lamy* mit diesen Erkrankungen, derselbe fand auch Riesenzellen in den infiltrirten Venenwandungen; *Raymond* beschrieb echte Gummata in denselben. Eine allgemeine Erkrankung der Venen konstatirten schon *Lion* und *Gilbert* bei ihren Fällen von Frühsyphilis des Rückenmarks. Bei tuberculöser Meningitis wies zuerst *Hoche* eine Phlebitis und Endophlebitis nach. *Leimbach* gelang es, direct in der Wandung solcher Venen Tuberkelbacillen darzustellen, *Hirschberg* beschrieb darin Riesenzellen.

Sehr schwierig ist es nun, an der Hand der Literatur genauere histologische Merkmale der Venenveränderung bei Erkrankungen des Centralnervensystems aufzustellen. Meist handelt es sich um die *Greiff*'sche Form, aber viele Autoren drücken sich sehr ungenau aus, und die Zeichnungen sind fast durchweg undeutlich. Die meisten sprechen ohne nähere Erläuterung von Phlebitis. Ferner werden für verschiedene Erkrankungen dieselben Ausdrücke gebraucht. Unter „Endophlebitis“ z. B. beschreiben die meisten eine Rundzelleninfiltration der Intima, andere eine grosszellige Verdickung, und wieder andere lassen einen völlig im Dunkeln darüber

was sie unter „Endophlebitis" verstehen. Eine eigentliche grosszellige Endophlebitis fand *Moeller*, eine ähnliche Endothelwucherung erkennt man auf den Abbildungen, welche *Rumpf* seinem Falle mitgegeben hat.

Ueber die Aetiologie der Erkrankung ist der Streit noch nicht entschieden. Der grössere Theil der deutschen Autoren sieht in den Venenerkrankungen nichts specifisches, während die oben genannten Franzosen Lues für den ätiologischen Factor halten. Von neueren Autoren treten *Dinkler* und *Finkelnburg* für die letztere Auffassung ein. *Dinkler* untersuchte die Venen bei den mannigfaltigsten spinalen Erkrankungen, die sicher nicht syphilitischer Natur waren, und fand nur in einem Fall von pialer Sarcomatose und in einem Fall von multipler Sklerose Aehnliches. *Siemerling* dagegen betont, dass er in je einem Fall von functioneller Neurose und Psychose, bei denen ebenfalls Lues ausgeschlossen war, gleichartige Veränderungen nachweisen konnte. Unter allen bisher bekannten publicirten Venenerkrankungen überhaupt, speciell des Centralnervensystems, nehmen meine Befunde eine besondere Stellung ein. Es sei mir gestattet, kurz Krankengeschichte und Sectionsbefund mitzutheilen.

Es handelt sich um eine 34jährige Frau, die wahrscheinlich hereditär nicht belastet war, und die ein Jahr vor der Erkrankung an Otitis media litt, welche ausheilte. Von Lues ist weder bei dem Ehemanne noch bei der Frau und ihren Kindern etwas zu eruiren. Seit Januar 1900 litt die Patientin an Kopfschmerzen. Erst im April d. J. machten sich andere Symptome bemerkbar, die der behandelnde Arzt als „gastrische" auffasste, nämlich Uebelkeit und Erbrechen. Nach wenigen Wochen klärten aber deutlichere cerebrale Symptome, Anfälle von Convulsionen mit nachfolgenden Paresen, den Zusammenhang mit einem Gehirnleiden auf. Es bestand kein Fieber, aber zur Zeit der Anfälle Bewusstlosigkeit. Dieser Zustand dauerte mit freien Intervallen bis Ende Juli. Von da an bis Mitte August 1900 keine Anfälle, aber zunehmende Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Zu dieser Zeit kam P. in völlig collabirtem, letalem Zustande in die Strassburger psychiatrische Klinik. Damals bestand Erbrechen, Kopfschmerz, Benommenheit, vor allem Stauungspapille mit Blutungen. Allgemeine motorische Unruhe, vielleicht leichte aphasische Störungen, keine Paresen oder Spasmen in den Extremitäten. Puls beschleunigt, Temperatur subnormal. Der Urin enthielt 12 pMl. Eiweiss mit spärlichen Cylindern. Am 2. Tage setzten Anfälle von klonischen und tonischen Krämpfen im Gesicht und allen Extremitäten ein unter völliger Aufhebung des Bewusstseins. Dieser Zustand dauerte bis zum fünften Tage, wo der Exitus eintrat, ohne dass weitere Symtome bemerkbar wurden.

Die Section ergab folgendes:

Das Rückenmark und seine Häute durchaus normal. Am Gehirn sind die Meningen an einzelnen Stellen etwas adhärend, sonst normal. Punktförmige Hämorrhagien im linken Schläfen- und Occipitallappen, sowie

beiderseits in den inneren Kapseln und Stammganglien. Die übrigen Organe, speciell die Nieren, wiesen nichts Besonderes ausser einigen Ecchymosen im Darm auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab das folgende überraschende Resultat.

Es bestand eine diffuse kleinzellige Meningitis der Hirn- und Rückenmarkshäute. Dieselbe entspricht der von *Lion* und *Gilbert* bei Frühsyphilis beschriebenen Meningo-myelite diffuse embryonaire, wo ebenfalls makroskopisch ein normaler Befund erhoben war. Weiter fand sich in unserem Fall eine Rundzelleninfiltration aller Gefässe des Centralnervensystems, Periarteritis, aber Muscularis und Intima stets intact, dagegen ausser Periphlebitis und Phlebitis eine universale grosszellige, theilweise hügelförmig auftretende Endophlebitis. Die Blutungen waren capillarer Natur. Im Rückenmark waren diffuse Nervenfasern degenerirt, an den Nervenwurzeln, besonders den hinteren, bestand fleckweiser Ausfall.

Wenden wir uns der das Hauptinteresse beanspruchenden Venenintimaerkrankung zu. Wir sehen erstens an Venen, deren Adventitia einmal stärker, einmal schwächer infiltrirt ist, die Intima in Gestalt eines Hügels oder Buckels verdickt. Diese kleinen Venen besitzen in ihrer Wandung normaler Weise nur ein dünnes Endothel, an das sich die elastischen Fasern der Adventitia unmittelbar anschliessen. Manchmal finden sich mehrere Buckel nebeneinander, oder die Verdickung der Intima ragt nicht in das Lumen hinein, sondern liegt wie ein Nest in der Wandung. Die Hügel haben, an welchem Punkte des Nervensystems sie auch auftreten, in Form und Grösse überall Aehnlichkeit. Sie überschreiten selten den Umfang etwa eines halben Nierenglomerulus. Sie bestehen aus grossen, meist länglichen, blassgefärbten Kernen, um die sich ein trübes, feinkörniges Protoplasma findet, das aber nicht scharf in Zellleiber abzugrenzen ist. Mehrere Kerne sind jedenfalls häufig in einem Protoplasmaklümpchen enthalten, welches hier und da breite Fortsätze zeigt. Charakteristisch für diese Art der Wucherung ist, dass die Kerne höchst unregelmässig gelagert sind. Die mannigfaltigsten Formen treffen wir an und können daraus auf Vermehrungs- und Theilungsvorgänge schliessen, wenn auch eigentliche Mitosen an dem schon sehr zersetzten Sectionsmaterial nicht nachzuweisen waren. Ueber die Wucherung hinweg zieht stets deutlich intactes Endothel. Das Lumen der Gefässe ist oft bis auf einen capillaren Spalt verengt, aber niemals thrombosirt. Einigemal fand ich in der Wucherung Riesenzellen typischer Form. Besonders hervorheben will ich, dass niemals ein Blutgefäss in der Proliferation zu entdecken war. An anderen meist etwas grösseren Venen geht die Wucherung mehr gleichmässig vor sich, auf dem Querschnitt halbmondförmig. Hier sieht man in der Nähe des Lumens noch grosse Protoplasmaklumpen mit mehreren Kernen, während in der Nähe der Media die Zellen eine schärfere Spindelform annehmen und feine Ausläufer aussenden zur Verbindung mit anderen Zellen.

Den Zellen liegen manchmal Fasern an, welche bei *van Gieson* schwach sich färben und bei *Weigerts* Elasticafärbung die Reaction zu geben [illegible].

[illegible] weiteres Bild findet sich dem Typus der *Heubner*'schen End[illegible] gleichend, nämlich koncentrisch dicht angeordnete Spindelzellen.

Die Spinalvenen zeigten häufig eine Intimawucherung, welche ein [illegible] Netz mit eingelagerten länglichen Zellen darstellt. Die Fasern [illegible] nach der Elasticafärbung zum Theil auch elastischer Natur. Nur bei [illegible] mit letzterer Veränderung fand ich Thromben, zum Theil schon or[illegible]. Verhältnissmässig selten hatten in den Endothelwucherungen de[illegible] Processe stattgefunden, einigemal sah ich hyalin (?) entartete [illegible].

Die endophlebitischen Hügel finden sich am meisten in den am wenigsten [illegible] übrigen Entzündung afficirten Stücken. Es liegt nahe, diese Art [illegible] Erkrankung als erste Stufe anzunehmen. Bilden sich mehrere solcher [illegible] nahe beieinander (die Neigung dazu scheint zu bestehen), so können [illegible] den Uebergang zu der die ganze Intima ergreifenden Wucherung [illegible], die aber auch primär vorkommt.

Es würde zu weit führen, hier auf den bei der Endarteriitis geführten [illegible] einzugehen, ob die Adventitiawucherung das Primäre ist, von welchem [illegible] der Wandung die Endothelwucherung ausgeht etc.

Meiner Ansicht nach stammen die Zellen vom Endothel. In Bezug [illegible] die erste Frage schliesse ich mich dem Standpunkte *Moellers* an, dass [illegible] Veränderungen sich in allen ihren Stadien auf die Intima beschränken [illegible] von dem Zustande der Aussenhäute ganz und gar unabhängig. [illegible] glaube ich zum Theil aus der circumscripten Form annehmen zu [illegible], dass die Vasa vasorum den Reiz mit dem Nährmaterial an die [illegible] herangebracht und so die Wucherung angeregt haben. Die Um[illegible] der endophlebitischen Producte geht wahrscheinlich so vor sich, [illegible] sich Fasern bilden, die eventuell eine Elastica abgeben können. [illegible] konnte nicht festgestellt werden, da der Exitus einer weiteren [illegible] ein Ende bereitete. Bemerkenswerth ist also in unserem [illegible] kurz zusammengefasst folgendes: Die Intactheit der Arterien[illegible], während doch auch überall Periarteriitis bestand, die uni[illegible] Ausbreitung einer Endophlebitis dagegen, welche eine gross[illegible] Wucherung, nicht eine Infiltration darstellte. Weiter ist die [illegible] eine Besonderheit bei Fehlen von Thrombosen. Man könnte sie [illegible] eine Endophlebitis proliferans tuberosa mit dem Zusatz [illegible] bezeichnen. Eine isolirte grosszellige Endophlebitis ist in [illegible] pathologischen Anatomie selten. Zuerst sahen *Winckel* und *Birch-Hirschfeld* bei syphilitischen Nabelvenen eine solche; in neuester Zeit hat [illegible] drei Fälle von Endophlebitis der proximalen Enden der Venae he[illegible] veröffentlicht. *Chiari* ist geneigt, Syphilis auch hier anzunehmen. [illegible] *Pretsch* nachwies, werden die Venen überaus häufig von der Syphilis

befallen. In unserm Falle sprachen, wie schon erwähnt, die übrigen kroskopischen Befunde für Syphilis analog der Meningo-myelite di embryonaire von *Lion* und *Gilbert*. Sehr interessant ist nun dazu Beobachtung *Rieders*. *Rieder* fand nämlich im ersten Stadium des sy litischen Primäreffectes regelmässig bei intacten Arterien eine E phlebitis, welche sich durch Rundzellen und epitheloide Zellen cha terisirte. *Rieder* meint, dass der syphilitische Process das Venensy in ausgesprochener Weise befällt und die Arterien lange Zeit unbehe lassen kann.

Vereinigen wir diese Befunde mit obigen, so werden wir zu der nahme gedrängt, auch in unserem Falle Syphilis als ätiologischen Fa anzunehmen. (Demonstrationen von Zeichnungen und mikroskopis Präparaten).

Sander-Frankfurt a. M.: Zur Behandlung der acuten Erregun zustände.

Vortr. giebt zunächst eine Uebersicht über die Methoden, wie früher und jetzt in den Irrenanstalten bei der Behandlung der acuten regungszustände geübt wurden und schildert sodann die Behandlung wie sie sich in der Frankfurter Irrenanstalt bei den schwersten For acuter Erregung im Laufe der letzten Jahre herausgebildet hat. Ne der Bettbehandlung wurden hierbei in umfangreichem Masse hydropathi Proceduren angewandt, besonders feuchte Einpackungen und Bäder, d Technik, Indicationen und Contraindicationen eingehend dargelegt wer Sehr warm werden von dem Vortr. die Dauerbäder bei der Behandl der schweren Erregungszustände empfohlen; ihr grosser Werth zeigt besonders dann, wenn sie auch über die Nacht fortgesetzt werden kön Nicht nur bei den acut Erkrankten, sondern auch bei den intercurrei Erregungszuständen chronischer Kranker haben sie sich als sehr seg reich erwiesen. Die besonderen Einrichtungen, die derartige Dauerbä für erregte Kranke erfordern, werden eingehend geschildert. Bei umfa reicher Anwendung der hydropathischen Proceduren kann man der p maceutischen Beruhigungsmittel fast völlig entbehren, immerhin leisten noch gute Dienste, namentlich in den Fällen, wo es nothwendig ist, Kra bei vorübergehenden Erregungszuständen in ruhiger Umgebung zu hal Durch Anwendung der Dauerbäder gelingt es, die Isolirung auf ein nimum einzuschränken, doch giebt es immer vereinzelte Fälle, bei de sie den mildesten und schonendsten therapeutischen Eingriff darst nachdem alle anderen legalen Mittel erschöpft sind. Bei genügen Personal und geeigneten baulichen Einrichtungen ist es vielleicht mögl auch in diesen wenigen Fällen späterhin die Isolirung noch zu vermei die Zahl und Art der aufzunehmenden Kranken spricht dabei das me mit. In den schwersten Fällen von Delirium acutum, wo eine abso Indicatio vitalis besteht, und alle andern therapeutischen Massnah

nicht anwendbar sind, sowie in den Fällen, wo das Leben bedrohende chirurgische Affectionen vorhanden sind, ist man zur Anwendung mechanischer Zwangsmittel genöthigt. In solchen Fällen aus principiellen Gründen den Zwang zu verwerfen, heisst das Leben des Kranken unnöthig opfern. Sehr frühzeitig wird bei den schwersten Erregungszuständen zur Sondenfütterung geschritten, da erfahrungsgemäss in derartigen Zuständen bei dauernder Unterernährung sehr schnell tödtliche Collapse eintreten können. Es wird dabei die regelmässige Krankenkost (Fleisch, frische Gemüse u. dgl.), aufs feinste zerhackt und in einer Bouillon verrührt, durch die Schlundsonde eingeführt, eine Methode, die sich gegenüber der früher üblichen flüssigen Ernährung aufs beste bewährt hat. Neben der Sondenfütterung werden bei den schwersten Zuständen mit Vorliebe subcutane Kochsalzinfusionen gegeben, die namentlich beim Delirium acutum einen unbestreitbaren Werth besitzen. Bei sorgfältigster Asepsis kann man diese auch bei erregten Kranken ohne Gefahr anwenden, wie die zahlreichen Erfahrungen an der Frankfurter Anstalt beweisen. Durch frühzeitige Sondenfütterung in Verbindung mit Kochsalzinfusionen gelingt es, selbst die schwersten Fälle von acuten Erregungszuständen durchzubringen, die bei dem sonst üblichen abwartenden Verhalten mit Sicherheit zu Grunde gegangen wären.

Alle diese Methoden müssen unterstützt werden durch eine sachgemässe psychische Behandlung, die ihrerseits nur bei geeigneten baulichen Einrichtungen ermöglicht wird. Wenn bei den älteren Anstalten in dieser Hinsicht nicht viel zu erwarten steht, so muss wenigstens verlangt werden, dass bei Neubauten die dem heutigen Stande unserer Wissenschaft entsprechenden Einrichtungen getroffen werden. Vortr. schildert sodann, wie er sich selbst eine solche, den modernen Anforderungen entsprechende Abtheilung für Unruhige denkt. Dass unter derartig günstigen äusseren Verhältnissen in Verbindung mit einer sachgemässen und streng individuellen Behandlung die Erregungszustände weit milder verlaufen wie früher, wird nur der bezweifeln, der diese Methoden nicht aus eigener Anschauung kennt; ja, es steht zu hoffen, dass hierdurch nicht nur die Symptome gemildert, sondern auch der Krankheitsprocess direct in günstigem Sinne beeinflusst werden kann.

Discussion. *Kraepelin*-Heidelberg erklärt sich mit den Ausführungen des Vortr. einverstanden bis auf die Anwendung des mechanischen Zwanges. Er hätte in den letzten 10 Jahren seiner Thätigkeit keine Veranlassung mehr gehabt, zu mechanischen Zwangsmitteln zu schreiten, und frage den Vortr., wie oft diese Massregel eigentlich in der Frankfurter Anstalt zur Anwendung gelange.

Sander erwidert, dass nach der Zusammenstellung des letzten Jahresberichts in den verflossenen 3 Jahren 5mal bei Delirium acutum ähnlichen Zuständen zur Anwendung mechanischen Zwanges geschritten wurde, es

handle sich hier um Fälle, die oft nach jahrelangen Zwischenräumen erst wieder einmal zur Beobachtung kämen. Selbstverständlich entschliesse man sich erst dann dazu, wenn alles andere versucht und absolute Lebensgefahr vorhanden ist.

Alzheimer-Frankfurt: Herr *Sander* ist in einem Punkte vielleicht nicht ganz richtig verstanden worden. Das Festlegen bei acutem Delir wird in der Frankfurter Anstalt doch nur recht selten angewendet, in den letzten 3 Jahren in 5 Fällen je einige Tage. Es handelt sich dabei nur um die allerschwersten Formen, die sich bei erheblicher Benommenheit, meist auch Fieber, durch das rücksichtsloseste Herumschlagen und ihre ungestümen choreaartigen Bewegungen bald überall Verletzungen zuziehen. Schliesslich ging eine grössere Anzahl solcher Kranken an Phlegmonen, zwei an Fettembolie der Lungen zu Grunde. Wir mussten uns sagen, dass wir solche Kranken vielleicht über die schwersten Zustände hinwegbringen können, wenn wir sie vor Verletzungen bewahren können. Aus diesem Grunde wurde zum Festlegen gegriffen, nachdem alle anderen Mittel erschöpft waren. Wir sind der Ueberzeugung, dass wir damit einigen Kranken das Leben gerettet haben. Wenn aber auf der einen Seite das Leben des Patienten, auf der andern die Durchbrechung eines sonst noch so bewährten Behandlungssystems des no restraint in Frage kommt, werde ich wohl doch lieber das System durchbrechen. Wir werden uns natürlich sehr freuen, andere Behandlungsarten kennen zu lernen, die den mechanischen Zwang entbehrlich machen. Dass immer wiederholte gewaltsame feuchte Einpackungen ein milderer Zwang sind, dürfte nicht ohne Weiteres zu bejahen sein.

Ludwig-Heppenheim stimmt *Alzheimer* bei und warnt dringend unter Anknüpfung an einen Ausspruch *Guddens*, aus Principiengründen das Leben auch nur eines Kranken zu opfern.

Kraepelin bemerkt gegenüber *Alzheimer*, dass er in solchen Fällen all 2 Stunden zu erneuernde, Tag und Nacht fortgesetzte feuchte Einpackungen anwende. Er gebe zu, dass vielleicht Fälle vorkommen könnten in denen auch er sich zur Anwendung mechanischen Zwanges ge nöthigt sehe.

Frank-Münsterlingen: Psychiatrie und Strafrechtspflege.

Wer als Psychiater Gelegenheit hat, Strafprocesse zu verfolgen, sei e als Experte, sei es durch die Lectüre der Gerichtsverhandlungen in de verschiedenen Staaten, soweit sie von den grösseren Tageszeitungen be richtet werden, der kann sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, da unsere heutige Rechtsprechung nicht dem Stande unserer Wissenscha entspricht.

Nur durch die allgemeine Ignorirung der Psychologie und Psychiatr in den massgebenden Kreisen einerseits, durch die machtvolle Stellur der Juristen im öffentlichen Leben andererseits ist es erklärlich, dass d

Unkenntniss in diesen Wissensgebieten, in welcher der moderne Richter in Folge seiner Ausbildung gelassen wird, eine so erschreckend weitgehende ist.

Die menschliche Gesellschaft ahnt dabei gar nicht, in welch hohem Grade sie eben durch unsere jetzige Rechtsprechung und den Strafvollzug gefährdet wird, indem diese zu einer wirklichen Bekämpfung des Verbrecherthums absolut unfähig sind.

Es kann nur unsere Aufgabe als Psychiater sein, gegen dieses consequente Ausserachtlassen der Fortschritte unserer Wissenschaft von Seiten der Vertreter der Strafrechtspflege die geeigneten Schritte zu thun zur Aufklärung der Allgemeinheit. Wie seither alle Errungenschaften unserer Wissenschaft nur durch ein zähes unentwegtes Zusammenwirken der Irrenärzte gezeitigt wurden, so müssen wir, um auch auf diesem Gebiete einen Fortschritt zu erreichen, zusammen arbeiten. Ein Einzelner von uns vermag nicht viel. Es muss uns gelingen, ein reiches Material zu sammeln, um das öffentliche Gewissen zu erregen, nicht aus Sensationslust, sondern um die Gesetzgeber, die wieder aus der gleichen Schule stammen wie die Juristen, zu zwingen, Fragen näher zu treten, die sie bisher in unverantwortlicher Weise ausser Acht gelassen haben. Ist es denn, bei Lichte betrachtet, nicht geradezu unglaublich, dass gerade den Vertretern der juristischen Wissenschaft, speciell des Strafrechts, jede tiefere naturwissenschaftliche Bildung und Methode überhaupt abgeht? Nun hat aber jeder Untersuchungsrichter, jeder Staatsanwalt implicite gegenüber jedem Angeklagten die Diagnose auf geistige Gesundheit oder Krankheit zu stellen — schliesst doch jedes Strafgesetz die Verurtheilung eines Geisteskranken aus. Wohl mag auch hier das Gewohnheitsrecht, dass eben die Richter über diese Frage der geistigen Gesundheit entscheiden, Schuld daran sein, dass der psychiatrischen Wissenschaft hier noch nicht das Recht eingeräumt wurde, das ihr allein zukommen kann.

Nach meinen Ueberzeugungen kann es nur Sache des Richters sein, Recht zu sprechen. Das Material, das er hierzu braucht, muss ihm, wenn es sich dem Bereich seiner Kenntnisse entzieht, von dem Fachmann geliefert werden. So wenig es dem Richter einfallen wird, auf Grund eigener Untersuchung zu entscheiden, ob ein Lebensmittel gefälscht ist oder nicht, so wenig würde er, wenn er die Schwierigkeit der Beurtheilung des Geisteszustandes eines Menschen kennen gelernt hätte, ohne weiteres sich mit seinem eigenen Gutachten begnügen. Lesen Sie die Gerichtsverhandlungen, studiren Sie Processacten: überall sind Sie erstaunt, mit welcher Leichtigkeit die Richter sich mit der Begründung der geistigen Gesundheit der Angeklagten abfinden; ja wie sie oft sogar solche Gründe dem Sachverständigen gegenüber geltend machen.

Entsetzen ergreift den Psychiater, wenn er liest, wie leicht und schnell und auf was für Gründe hin selbst von Laien diagnosticirte Schwachsinnige als Hauptbelastungszeugen in Processen vereidigt werden, wo es

sich nicht nur um Bagatellen, sondern um Leben und Tod handelt. \
der erfahrenste Psychiater so schnell kaum zu beurtheilen wagen wü
die Richter thun dies. In der Voruntersuchung genügt es ein Mal, (
sich kein Verdacht auf Geisteskrankheit geltend gemacht, weder dem
haftenden Polizisten noch dem Untersuchungsrichter noch dem Sta
anwalt; das andere Mal ist selbst der Autorität des Gefangenwärters
dem Angeklagten nichts aufgefallen, und das dritte Mal hatte der An
klagte sogar den Muth und wagte irgend etwas zu simuliren — nach (
Urtheil des Gefangenwärters! Ich spreche hier im Allgemeinen von
Art und Weise, wie die Richter zu einem Gutachten über die geistige
sundheit eines Angeklagten kommen — ich habe dabei keinen einzel
Richter im Auge.

M. H.! Auf Grund solcher Argumente für die geistige Gesundh
scheut, wie *v. Liszt* über die Strafe im Strafvollzug sagt, der Staat ni
zurück vor den schwersten thatsächlichsten Eingriffen in Leben, Freih
Ehre, Vermögen der Rechtsgenossen, vor tief einschneidender, nicht
nach Tagen, Wochen und Monaten, sondern, wenn es sein muss, n
Jahren und Jahrzehnten zählender Massregelung des Verbrechers. U
dabei schliesst das Gesetz eines jeden Culturstaates die Bestrafung Geist
kranker doch aus!

Wenn ich Sie, V. H. C., frage, ist das Vorgehen der Gerichte bei d
heutigen Stande der psychologischen und psychiatrischen Wissenschaft
diesem entsprechendes, und ich Sie weiter frage, ist das nicht eine Rech
unsicherheit, die in erster Linie unser Gewissen, das Gewissen der Sa
verständigen, in hohem Grade beunruhigen muss, so beantworte ich
Frage, indem ich sie stelle. Es ist klar, das Gewissen dessen, der sich
Wichtigkeit und Bedeutung einer Sache nicht bewusst werden kann, w
ihm die hierzu nöthigen Kenntnisse abgehen und abgehen müssen, ka
nicht beunruhigt werden.

Verfolgen Sie die Gerichtsverhandlungen oder lesen sie die Motiviru
der Strafanträge der Staatsanwälte in den Acten! Welche — ich hebe di
hervor — unverschuldete Unkenntniss, welche selbst zurechtgelegten, a
eigenem Fond geschöpften psychologischen Folgerungen, die jeder natu
wissenschaftlichen Betrachtungsweise direct zuwiderlaufen: z. B. bei eine
ganz einfachen hochgradigen Schwachsinne oder einem weit vorgeschritten
chronischen Alcoholismus. Es ist unglaublich, mit welchen Begriffen
mit gewandter Dialectik vor den Geschworenen operirt wird. Widersproch
wird da natürlich nicht, aus Laien, wie Sie selbst, besteht das Publiku
das ihre Aussprüche hört und liest.

Ich frage, dürfen wir Irrenärzte solche Ungeheuerlichkeiten weiter g
schehen lassen? Wir, die allein competenten Beurtheiler, ja ich möch
sagen, wir, die wir in diesen Fällen allein das öffentliche Gewissen repr
sentiren? Um nicht missverstanden zu werden, drängt es mich, hier ga
ausdrücklich hervorzuheben, dass es mir ganz ferne liegt, nur im geringste

an der Objectivität, an dem Streben der Richter nach Wahrheit und Gerechtigkeit zu zweifeln. Mir ist nur daran gelegen, den Weg, der sie zur Wahrheit und Gerechtigkeit, die sie ja eifrigst suchen, führen soll, der Kritik zu unterwerfen.

Gehen wir nun etwas näher auf den Verlauf eines Processes ein und untersuchen, welche Stellung der Psychiatrie dabei zugewiesen wird.

Hat weder der Polizist, noch der Gefangenwärter, noch der Untersuchungsrichter, noch der Staatsanwalt Verdacht auf Geisteskrankheit geschöpft, so wird die Anklagebehörde in der Regel auch keinen schöpfen.

Der Vertheidiger steht natürlich mit seiner Ausbildung auf der gleichen Stufe wie der Richter. Wenn er wirklich Verdacht schöpft, so steht zunächst er im Verdacht, als wolle er einen Advokatenkniff zur Anwendung bringen. Seinem Antrag auf Untersuchung des Geisteszustandes des Angeklagten wird nur stattgegeben, wenn es ihm, dem Laien im Fach, gelungen ist, schon ein greifbares Verdachtsmoment aufzudecken. Gelingt dies nicht, so bleibt es beim juristischen implicite gegebenen Gutachten — eine Untersuchung findet nicht statt. Das ist die Gerichtspraxis in der ganzen Schweiz, so weit ich wenigstens orientirt bin; in Deutschland muss dem Antrag der Vertheidigung auf Untersuchung des geistigen Zustandes eines Angeklagten ohne Weiteres stattgegeben werden. Das ist wenigstens ein Fortschritt. Doch stossen die Vertheidiger, eben in Folge der mangelhaften Voruntersuchung, auf Schwierigkeiten: habe ich doch in einer deutschen Zeitung gelesen, dass ein Präsident einer Schwurgerichtsverhandlung den Aussetzungsantrag des Vertheidigers behufs Untersuchung des Geisteszustandes des Angeklagten mit den Worten entgegnete: „Es ist Mode geworden, jeden Angeklagten für geisteskrank zu erklären.“ Dem Aussetzungsantrag musste stattgegeben werden und es stellte sich heraus, der Angeklagte war geisteskrank, so dass der Staatsanwalt die Klage selbst fallen liess.

Nehmen wir nun an, dass Gericht beschliesst die Untersuchung und Begutachtung — ein immerhin relativ sehr seltenes Ereigniss —, so hat es natürlich freie Wahl in der Bestimmung der Experten. Um das Verfahren billiger und einfacher zu machen, werden unsere Gerichtsärzte mit diesem Amte betraut. Sie gehen 2, auch 3, auch 4 mal, auch öfters in das Untersuchungsgefängniss, machen ihre Beobachtungen, studiren die Acten und geben ihr Gutachten ab.

Es erhebt sich die Frage, sind unsere Gerichtsärzte competent, derartige Gutachten abzugeben? Sie werden einstimmig mit mir diese Frage verneinen. Auch wenn jetzt im Staatsexamen die Psychiatrie obligatorisches Prüfungsfach geworden ist, so ist es unmöglich, dass der Arzt, der keine weitere fachmännische Ausbildung genossen hat, in der kurzen Studienzeit, in der er Gelegenheit hatte, sich psychiatrische Kenntnisse zu erwerben, soweit gekommen ist, alle vorkommenden Fälle psychiatrisch zu erforschen und zu begutachten.

Die Gerichtsärzte kommen den Aufträgen der Gerichte nach bestem Wissen und Gewissen nach — daran lässt sich nicht zweifeln, aber auch ihnen wird die Aufgabe leicht, weil sie die Schwierigkeiten der Begutachtung nicht zu ermessen vermögen. Wer von uns würde es nach einem oder wenn auch nach mehrmaligem Besuche des Angeklagten im Untersuchungs-gefängniss, wo kein geschultes Personal zur Verfügung steht, auf sich nehmen, ein so schwerwiegendes Gutachten abzugeben? Liegt so ein grosser Uebelstand zu Tage, so wird dieser dann, wenn eine Oberexpertise durch einen wirklichen Fachmann stattgefunden hat, noch greller in der Gerichtsverhandlung und zwar dann, wenn der Fachmann zu einem andern Resultate gekommen ist als der Gerichtsarzt, der der gewohnte Experte und Vertrauensmann der Richter ist. Da spielen sich dann im Gerichtssaal die Discussionen ab, die in der Regel den Staatsanwälten im Plaidoyer den Stoff zu den schönsten dialectischen psychologischen und psychiatrischen Redewendungen liefern, die ihren Eindruck auf die Geschworenen nie versagen. Recht eigenthümlich ist die Auffassung der Stellung einzelner Staatsanwälte — ich kenne auch Ausnahmen — gegenüber psychiatrischen Gutachten.

Gestatten Sie mir nochmals auf das Beispiel einer chemischen Expertise zurückzugreifen. Hier ist die Expertise für den Richter massgebend — wenn ihm auch gesetzlich das Recht der freien Würdigung zusteht. Bei einer psychiatrischen Expertise liegt die Sache schon anders: Wer einen Dummkopf von einem intelligenten Menschen unterscheiden kann, der hält sich schon für einen perfecten Psychologen. Es lässt sich nicht leugnen, die Richter haben Gelegenheit, sich practisch ein grosses Mass von Menschenkenntniss anzueignen. Da ihnen aber nach ihrer ganzen Ausbildung während ihrer Studienzeit die wissenschaftliche Psychologie und Psychiatrie ein Buch mit sieben Siegeln sein muss und ihnen überhaupt die richtige Schulung fehlt, um ein wissenschaftliches psychiatrisches Gutachten voll zu würdigen, so verharren sie lieber bei ihrer Appellation an den eigenen gesunden Menschenverstand. Sie wählen den Experten als Vertrauensmann; dieser beschwört sein Gutachten, der Richter, der es meist nicht einmal verstehen kann, dank seines Bildungsganges, setzt sich einfach darüber weg, und das nennt man bei dem heutigen Stande der Wissenschaft — moderne Rechtspflege! Gehen wir noch weiter. Der Fachmann — der wirkliche Fachmann — hat sein Gutachten abgegeben und beschworen. Der Richter oder die Anklagekammer acceptirt dasselbe nicht, sie verlangt ein Obergutachten — selbstverständlich, meinen Sie, von einem Fachmanne — nein, von einer Sanitätsbehörde oder einer Falkultät, in der meist gar kein Psychiater, oder wenn es gut geht, ein einziger Sitz und Stimme hat.

V. H. C. Ich meine, gegen eine solche Rechtspflege müssen wir Protest erheben, und wir können es im Interesse der Wahrheit und des

Rechts auf Grund der von uns vertretenen Wissenschaft nicht energisch genug thun.

Studiren wir nun aber die Processacten selbst! Da fällt uns der Mangel jeder naturwissenschaftlichen und individualisirenden Methode auf. Die ganze Untersuchung ist darauf gerichtet, den Thatbestand des Verbrechens festzustellen.

Natürlich. Dem Juristen liegt es ferne, zu untersuchen, wie der Angeklagte zum Verbrechen kam, welches seine Gehirnanlage war, wie sie sich entwickelt hat und welchen äussern Einflüssen sie unterlag. Es ist richtig, das wäre die naturwissenschaftliche Methode, die geht den Juristen aber nichts an.

Ihn interessirt der Thatbestand und die Gesetzesparagraphen, die angewendet werden müssen, um das Verbrechen zu sühnen. Ist der Verbrecher verurtheilt, so hört das juristische Interesse auf, es hat die Schablone des Strafvollzugs das Wort. Und wenn auch jeder Richter sich sagt, aus dem Zuchthause kommt niemand gebessert heraus, die Schablone bleibt. Wie der Geisteszustand des Verbrechers während des Strafvollzugs sich verhält, das ist einerlei. Diese ausserordentlich wichtige Zeit zur Beobachtung und zum Studium des Verbrechers, der nun eine Nummer geworden ist, sie dient nur zur Sühne. Der Verbrecher hat zwei Pflichten: zu arbeiten und zu schweigen. Von individualisirender Behandlung keine Spur. Er wird entlassen, wenn seine Strafzeit vorüber ist, sein Zustand interessirt nicht. Er begeht wieder ein Verbrechen — die Formalitäten beginnen von Neuem. Und das kann 30 oder 40 mal so gehen — im Namen des Souverains und des Rechts geht das nach der Schablone so fort. Kein Schimmer irgend welcher Wissenschaftlichkeit, kein Hauch wahrer Menschenliebe, kein ernster methodischer Versuch psychischer Einwirkung. Sind die Erfolge auch gering, gesteht man sich die Schwäche des Systems ein — kein Versuch einer Aenderung — es bleibt bei der Schablone.

Wir müssen die Juristen zwingen, sich mit den Errungenschaften unserer Wissenschaft vertraut zu machen, aber nicht nur allein im Interesse von Wahrheit und Recht: durch ein richtiges, durch wahre Wissenschaftlichkeit dictirtes gemeinsames Streben haben wir gemeinsame Arbeitsfelder zu bebauen: die Kriminalbiologie, die nach meiner Ansicht seither schon mehr ein Zweig psychiatrischer Forschung war und auch bleiben wird, und die Kriminalsoziologie, die eher der juristischen Forschung vorbehalten bleibt, beide zusammen machen die Kriminalogie aus: die Wissenschaft, die dazu berufen ist, die furchtbarste Erscheinung im menschlichen Leben, das Verbrechen, auf wissenschaftlicher Basis zu bekämpfen. Wie viele Güter an Leben, Gesundheit und Besitz hätte der Staat schon schützen können, wenn es dem Richter möglich wäre, den geisteskranken Verbrecher zu erkennen und nach den Forderungen der psychiatrischen Wissenschaft zu behandeln. Die Richter können sie nicht

erkennen, es fehlen ihnen die naturwissenschaftlichen Kenntnisse hierzu. An uns aber ist es, die Forderungen aufzustellen und mit aller Energie für deren Geltendmachung zu arbeiten, die Forderungen, die unserer Wissenschaft die Stellung im Rechtsleben der Völker verschaffen, die sie in dessen eigenem Interesse erheischt.

Nicht zuletzt aber würde auch unsere Anstaltsthätigkeit sich anders gestalten, wenn gerade die Beamten, denen die Aufsicht über unsere Anstalten jetzt zusteht, durch ihren Bildungsgang schon mehr psychiatrisches Verständniss gewinnen würden. Wir würden endlich das erreichen, was wir schon lange fordern: dass die Oberaufsicht über die Geisteskranken nicht mehr Juristen, sondern wirklichen Fachmännern übertragen würde, und dass dann das öffentliche Vertrauen den Anstaltsdirectoren in gleicher Weise und mit dem gleichen Recht zu Theil würde, wie den Richtern und den Staatsanwälten.

Ich möchte das, was wir zunächst anstreben müssen, in folgende Resultate zusammenfassen:

1. Wir müssen verlangen, dass bei der Ausbildung der Juristen die Psychologie und Psychiatrie so weit berücksichtigt werden, dass sie als Richter befähigt sind, den Verbrecher wissenschaftlich zu verstehen und fachmännische Gutachten zu würdigen. Es sollten hiezu die Anstaltsdirectoren, besonders natürlich die Universitätsprofessoren, besondere praktische Kurse ertheilen, wie das durch Professor *Kraepelin* in Heidelberg und Professor *von Speyr* in Bern schon geschieht.

2. Der Staat hat die Pflicht, da er nur Verbrechen, die in zurechnungsfähigem Zustand begangen wurden, ahndet, den Strafprocess nur mit den Garantien sich vollziehen zu lassen, die mit Sicherheit einen Strafvollzug an Unzurechnungsfähigen ausschliessen: dies ist nur dadurch möglich, dass den Untersuchungsbehörden die nöthige Zahl wirklicher und erfahrener psychiatrischer Fachmänner beigegeben wird.

Wie es Pflicht des Staates ist, alle erlaubten Mittel anzuwenden, um den Verbrecher in seine Gewalt zu bekommen, so muss es auch seine Pflicht sein, kein Mittel ausser Acht zu lassen, um nur den Verbrecher zu verurtheilen, der in zurechnungsfähigem Zustand gehandelt hat.

3. Die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit kann nur Aufgabe des Psychiaters, niemals des Richters sein. Es ist absolut unzulässig, dass diese Aufgabe Aerzten überwiesen wird, die nicht eine genügende specielle Ausbildung durch mehrjährige Thätigkeit an einer staatlichen Irrenanstalt genossen haben.

4. Die Untersuchung auf den Geisteszustand eines Angeklagten kann nur in fachmännisch geleiteten Anstalten oder in entsprechenden Abtheilungen eines Untersuchungsgefängnisses vorgenommen werden.

5. Die fachmännischen Gutachten unterliegen nicht der freien Würdigung der Richter in soweit, als bei der Versetzung in Anklagezustand nach fachmännischem Beweis Unzurechnungsfähigkeit vorliegt.

6. Die Richter können ein Gutachten ablehnen, müssen aber eine Oberexpertise einholen. Mit der Oberexpertise können nur Fachmänner event. mit Beiziehung von Juristen betraut werden.

7. Die Frage der Unzurechnungsfähigkeit wie die der verminderten Zurechnungsfähigkeit kann nicht dem Wahrspruch der Geschworenen überwiesen werden.

8. Jedem Antrage auf Untersuchung des Geisteszustandes eines Angeklagten ist ohne Weiteres stattzugeben.

Ich erachte es als unsere Pflicht, alles Material zu sammeln, das die Schäden der heutigen Rechtssprechung in Folge des Ausserachtlassens der psychiatrischen Forderungen aufdeckt. Wir sollten eine Centralstelle haben, die dieses Material sichtet und publicirt.

Wir Psychiater müssen, wenn wir der hehren Aufgabe unseres Berufes, die sich meines Erachtens nicht hinter den Mauern unserer Anstalten allein erfüllen lässt, genügen wollen, überall, wo es uns möglich ist, die Entstehung der Geisteskrankheiten bekämpfen, wir müssen unsere Kranken schützen und nicht zu allerletzt muss es unsere Pflicht sein, unsere Mitmenschen vor den Geisteskranken, besonders vor den verbrecherischen zu schützen.

Unsere Wissenschaft greift in die wichtigsten Interessen des öffentlichen Lebens ein, an uns liegt es, ihr im öffentlichen Leben die Stellung zu erringen, die ihr gebührt im Interesse der Gesundheit der Völker wie ihrer Rechtssicherheit.

Discussion. *Kraepelin*-Heidelberg stimmt den Ausführungen des Vortr. vollkommen bei. Man muss den Versuch machen, bei der Regierung durchzusetzen, dass die Beschäftigung mit Psychiatrie bereits auf der Universität für die Juristen obligatorisch werde. Psychiatrische Kurse für Juristen seien bis jetzt noch sehr spärlich. Der von ihm selbst abgehaltene Curs der forensischen Psychiatrie sei nicht speciell für Juristen. Ein Theil der Schuld an der Missachtung psychiatrischer Gutachten von Seiten der Richter sei auch auf der ärztlichen Seite zu suchen, da die Gutachten in Folge zu wenig vertiefter psychiatrischer Erkenntniss oft sehr unbestimmt gehalten und häufig zu subjectiv gefärbt seien. Die klinische Psychiatrie müsse die Grundlage der forensischen sein.

Hoche-Strassburg: Ein von dem Vortragenden ausgesprochener Wunsch wird bald in Erfüllung gehen: schon vor einem Jahre habe ich bei dem Vorstande des Vereins deutscher Irrenärzte einen Antrag eingebracht, der auf der Tagesordnung der nächsten Jahresversammlung stehen wird und dahin geht, eine Centralstelle zu schaffen für Sammlung statistischen Materials, unter Anderem auch auf forensisch-psychiatrischem Gebiete.

Was die von Herrn *Frank* beklagte allgemeine Unkenntniss des Juristen auf psychologischem Gebiete anbetrifft, so mehren sich doch die Zeichen dafür, dass es auch in dieser Hinsicht dämmert; die Bücher von *Hanns*

Gross z. B. sind ein erfreuliches Zeichen. In dem von mir herausgegebe: Handbuche der gerichtlichen Psychiatrie sind diese Dinge übrigens p: :ipiell schon ausführlich behandelt.

Für bedenklich halte ich die Bestrebungen, die von Herrn *Fr* angeregt werden, auch schon von *Näcke* empfohlen worden sind, dass d ärztlichen Sachverständigen ein entscheidender Einfluss beim Urt eingeräumt werden sollte; wir wollen doch froh sein, dass wir Irrenä zu der bereits vorhandenen Belastung mit öffentlichem Uebelwollen ni auch noch die Zugabe richterlicher Verantwortlichkeit zu tragen hab Der Sachverständige begiebt sich seiner besten Waffen, sobald er das i zugewiesene Gebiet, die Stellung des technischen Berathers, verlä in der strengen Beschränkung auf sein Gebiet liegt seine Stärke. Klagen über „schlechte Behandlung" vor Gericht würden durch e Erweiterung der Machtbefugnisse des Sachverständigen, für die übrig practisch nicht die allergeringste Aussicht besteht, nicht verschwinden. Allgemeinen muss man sagen, dass ein ärztlicher Sachverständiger in 1 die Behandlung erfährt, die er verdient. Wer seine Sache versteht u ausserdem den Umfang seiner Rechte genau kennt und diese wahrzunehm weiss, kann seine Stellung vor Gericht immer in befriedigender We wahren. Wenn natürlich Sachverständige mit unreifen, unerwiesenen I pothesen, oder, wie das kürzlich geschehen, mit Ergebnissen eigener p vater Untersuchungen wie mit feststehenden Thatsachen der Psychiat operiren, wenn sie mit moralischen Betrachtungen über die Entschuldb keit der Handlung u. s. w. kommen, so dürfen sie sich nicht wunde wenn die Richter über ihr Gutachten hinweggehen. Ein klares, kur Gutachten von logischem Aufbau muss den Richter in den Bann sei Ausführungen zwingen, und jedes Gericht acceptirt gern die Meinung d Sachverständigen, wenn sie überzeugend ist. Aus allen diesen Grün halte ich es für wichtiger, nicht eine Erweiterung der Machtbefugnisse d Sachverständigen anzustreben, sondern eine richtige Auffassung seiner A gabe, die ihm so viel Einfluss gewährt, wie es nothwendig ist. Dazu g hört natürlich auch, dass der Sachverständige z. B. bei Uebergriffen jung Assessoren und Richter sich seiner Haut wehrt und jeden Buchstaben d Rechtes vertheidigt, das die Processordnungen ihm gewähren.

Kreuser-Schussenried stimmt *Hoche* bei. Mangelndes Verständn begegne dem Sachverständigen oft nicht so sehr von Seiten der Jurist als von Seiten der Geschworenen.

Schluss der Sitzung um 1 Uhr. Darnach gemeinsames Mittagsmahl.

III. Sitzung nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: *Kraepelin*-Heidelberg.

Alzheimer-Frankfurt: Ueber atypische Paralysen.

Nachdem uns heute unsere histologischen Kenntnisse erlauben, d paralytische Degeneration von verwandten Krankheitsbildern abzugrenze

wird es uns möglich, verschiedene Formen als atypische Paralysen abzugrenzen. Vordem musste man noch immer den Einwand offen lassen, ob wir es bei diesen atypischen Formen auch wirklich mit Paralyse und nicht etwa nur mit ähnlichen Krankheitsformen zu thun haben.

Lissauer hat in einer aus seinem Nachlasse von *Storch* herausgegeben Arbeit eine typische und atypische Paralyse unterschieden.

Die von *Lissauer* als typische Form bezeichnete umfasst wohl 80 pCt. aller Paralysen. Sie ist klinisch gekennzeichnet durch eine langsam zunehmende eigenartige Verblödung. Akute Schübe in Form von Anfällen und Erregungszuständen unterbrechen zuweilen den chronischen Verlauf. Der Degenerationsprocess beschränkt sich vorzugsweise auf die vorderen Grosshirnhälften.

Bei der atypischen Paralyse *Lissauer*'s lässt die Degeneration das Stirnhirn relativ frei, und es kommt dagegen in mehr oder minder localisirten Partien der hintern Grosshirnhälften zu einer oft ganz besonders weitgehenden Atrophie. Klinisch zeigt die atypische Paralyse einen Verlauf in Schüben. Oft im Anschluss an apoplectiforme Anfälle auftretende corticale Herdsymptome treten in den Vordergrund. (Meist eine sensorisch motorische Aphasie, aber auch Alexie, Agraphie, Hemianopsie, Rindenlähmungen.) Die Demenz erreicht erst später erhebliche Grade, sie ist partieller, aus anderen Defecten zusammengesetzt, mehr der Demenz bei Hirnherderkrankungen ähnlich.

Die histologische Untersuchung lässt keinen Zweifel, dass die Gewebsveränderung eine paralytische ist, nicht etwa eine luetische im engeren Sinne. Manchmal können dabei plötzlich, wie mit einem Schlag ausgedehnte nervöse Gewebspartien ausser Funktion gesetzt werden und dem Untergang verfallen. In einem Falle hatte sich, ohne dass vorher Krankheitserscheinungen bemerkt worden waren, in wenigen Stunden eine sehr schwere sensorisch motorische Aphasie entwickelt. Da der Tod schon einige Wochen später eintrat, liess sich durch die *Marchi*methode der Umfang der Degeneration genau feststellen. In der vorderen Hirnhälfte zeigte sich nur in einzelnen Faserbündeln des tieferen Markes eine grosse Anhäufung von Schollen, sie entsprachen wohl langen Associationsbahnen. Dagegen war das Marklager der Schläfen- und Scheitelwindung dicht mit Schollen erfüllt. Der Fasciculus longitudinalis inferior z. B. hob sich scharf durch eine dichte Schollenanhäufung von der Umgebung ab.

Während bei der typischen Paralyse fast stets beide Stirnlappen gleich erkrankt sind, ist bei der atypischen Paralyse *Lissauer*'s die hochgradige Atrophie oft auf eine Hirnhälfte beschränkt. Dadurch kommen oft sehr erhebliche Gewichtsunterschiede zwischen beiden Hemisphären zu Stande.

Bei der Dementia senilis giebt es übrigens eine der atypischen Paralyse *Lissauer*'s ganz entsprechende atypische Dementia senilis. Hierher gehören die senilen Aphasien.

Da es nicht nur eine, sondern zahlreiche atypische Formen der Paralyse giebt, würde es sich empfehlen die von *Lissauer* beschriebene Form nicht kurzweg als atypische Paralyse, sondern vielleicht als *Lissauer*'sche Paralyse zu bezeichnen.

Eine dritte Form ist schon früher als foudroyante Form bezeichnet worden. Sie ist klinisch gekennzeichnet durch einen an das Delirium acutum erinnernden Verlauf, also ausserordentliche Erregung und Unruhe bei erheblicher Benommenheit, pseudospontane, manchmal fast choreatische Bewegungen, histologisch durch über das ganze Gehirn verbreitete akute Veränderungen (akute Ganglienveränderungen, manchmal Schollenzerfall der Markscheiden, akute Wucherungen der Glia mit massenhaften Kerntheilungsfiguren, frische Infiltration der Gefässe mit Plasmazellen).

Eine vierte Form zeichnet sich durch ein vorzugsweises Erkranken des Kleinhirns aus. Nach neueren Untersuchungen *(Raecke)* erkrankt das Kleinhirn regelmässig bei der Paralyse, oft aber nur in mässigem Grade. Bei dieser Form aber handelt es sich um besonders schwere Atrophien des Kleinhirns. Die ersten Symptome der Krankheit sind daher auch eine cerebellare Ataxie und Drehschwindel. In einem Falle kam der Kranke mit der Diagnose Kleinhirntumor in die Anstalt. Erst später traten die Symptome allgemeiner Paralyse wie bei der typischen Paralyse auf.

Es giebt aber auch seltene Fälle, bei denen offenbar die Erkrankung der Sehhügel das primäre ist. Die Betheiligung der Sehhügel an der paralytischen Degeneration bedarf noch eingehenderen Studiums. Wie schon *Lissauer* angegeben hat, ist sie wohl in den meisten Fällen secundär. In einem Falle, bei dem während des Lebens eigenthümliche Anfälle von choreaformen Bewegungen bald der rechten bald der linken Extremitäten ohne Bewusstseinsverlust aufgetreten waren und bei dem sich bei der Section nur ganz unmerkliche Atrophie der Hemisphären, bei der histologischen Untersuchung nur ganz leichte Rindenerkrankung fand, zeigte sich eine so schwere Gliawucherung in den Kernen des Thalamus, dass sie durch eine secundäre Degeneration nicht erklärt werden kann. Dabei waren die Thalamusveränderungen durchaus paralytischer Natur.

Als atypische Paralysen müssen weiter noch manche Formen bezeichnet werden, die sich an Tabes anschliessen. Es mag wohl sein, dass die in ihrem Verlauf manches abweichende bietenden Tabesparalysen auch durch eine bestimmte Localisation der paralytischen Degeneration charakterisirt sind. Bis jetzt hat sich etwas greifbares nicht herausfinden lassen. Dagegen fand sich bei zwei eigenartigen hallucinatorischen Verwirrtheitszuständen bei alter Tabes übereinstimmend eine Localisation des paralytischen Degenerationsprocesses beschränkt auf die tieferen Rindenschichten im Gegensatz zu der typischen

Paralyse, bei welcher die obersten Rindenschichten am ersten und stärksten erkranken.

Schliesslich stellen auch die senilen Paralysen (nach dem 60. Lebensjahre), die nach der histologischen Untersuchung nicht ganz so selten sind, wie man bisher meist annahm, zum grossen Theil eine atypische Form dar. Sie zeigen klinisch oft ein der Dementia senilis ähnlicheres Krankheitsbild, die körperlichen Begleiterscheinungen treten mehr zurück, die Gliawucherung scheint im Vergleiche zu dem weitgehenden Ausfall der nervösen Elemente manchmal sehr unerheblich.

Damit sind aber nur die häufigsten und bemerkenswerthesten atypischen Formen der Paralyse kurz skizzirt. Es lässt sich hoffen, dass wir durch Hand in Hand gehen der klinischen Beobachtung und histologischen Untersuchung immer weitere Fortschritte machen werden, nicht nur eine Paralyse zu diagnosticiren, sondern auch angeben zu können, wo der paralytische Degenerationsprocess vorzugsweise localisirt ist.

(Demonstration von Zeichnungen und Photographien.)

Discussion. *Nissl*-Heidelberg macht einige kurze Bemerkungen bezüglich der sog. Tabesparalyse. Die bei ihr vorkommenden anatomischen Veränderungen seien etwas ganz anderes als die Befunde bei der Tabes.

Kraepelin-Heidelberg misst den Ausführungen *Alzheimer*'s grosse Bedeutung zu, vermisst aber in denselben eine genauere Besprechung der unterscheidenden Merkmale der atypischen Paralysen intra vitam. Er frägt, wie sich die senile Paralyse von der senilen Demenz, die *Lissauer*sche Paralyse von der typischen unterscheide.

Alzheimer: Auf die Anfrage *Kraepelin*'s muss ich antworten, dass es ausserordentlich schwer ist, bestimmte Kennzeichen anzugeben, welche als durchgreifende Unterscheidungsmerkmale zwischen der Demenz der typischen Paralyse, der *Lissauer*'schen Paralyse und schliesslich der arteriosklerotischen Demenz verwendet werden können. Es ist leichter, die Fälle, wie die spätere Sektion uns weist, im Leben richtig zu diagnosticiren, als seine eigenen Gründe für die Diagnose im einzelnen Falle in Worte zu bringen. Einiges habe ich ja oben angegeben. Ich bemühe mich fortgesetzt, durch möglichst eingehende Untersuchungen des Gedächtnissinhaltes, des Urtheilsvermögens und durch genaue Abgrenzung der psychischen Ausfälle zu bestimmten Kennzeichen zu kommen und an Stelle der jetzt noch vielfachen „Eindrucks- oder Gefühlsdiagnose“ wirklich sichere Unterscheidungsmerkmale angeben zu können. Heute bin ich dazu noch nicht für alle Fälle im Stande.

Im Uebrigen möchte ich noch auf neuere Fälle von Paralyse ähnlicher Erkrankung aufmerksam machen, die eine eingehendere Beobachtung verdienen dürften. Es sind dies die gar nicht so sehr seltenen Fälle, bei denen man mit aller Berechtigung die Diagnose auf Paralyse gestellt zu haben glaubt, die aber von einem gewissen Zeitpunkt an stehen bleiben, und denen scheinbar nicht der gewöhnliche Ausgang der Paralyse be-

schieden ist. Wir kennen solche Fälle, die seit 11 Jahren dieselben blieben sind. Auch sie stehen im Zusammenhang mit Lues. Nichts spricht für luetische Herderkrankung. Ein Zusammenwerfen dieser F mit der postsyphilitischen Demenz schien mir nicht genügend gere fertigt. Die Fälle kommen doch wohl auch anderwärts vor. Es sehr verdienstlich, sie zu sammeln, und wenn die Möglichkeit vorhan ist, durch genauere histologische Untersuchungen festzustellen, ob wi hier mit Paralyse zu thun haben.

Kraepelin kennt auch diese Fälle von scheinbarer Paralyse mit äuss langsamem Verlauf; sie seien ihm inbezug auf ihre klinische Stellung ihre Zugehörigkeit zur Paralyse noch völlig dunkel.

Arndt-Heidelberg: Zur Geschichte der Katatonie.

Es wird ein Ueberblick gegeben über die Entstehung und Entwickel des Begriffes Katatonie. Vortragender zeigt die Entstehung des Verla schemas der Katatonie, ihres wichtigsten Syndroms, der sog. Melanchol. a nita, und des motorischen Symptomenkomplexes. Die Katatonie ist die sammenfassung der bisherigen Beobachtungsresultate auf Grund der *Kahlbaum* in Deutschland zuerst principiell durchgeführten Methode, dem Wege klinischer Forschung natürliche Krankheitseinheiten aufzustell In den Umrissen wurde die Katatonie 1863 in der „Gruppirung der psychisc Krankheiten“ von *Kahlbaum* festgelegt. In demselben Werke ist die deutende Beschreibung der Hebephrenie enthalten, welcher Krankhei begriff, durch *Hecker* ausführlich bearbeitet, von *Kraepelin* mit der Katato verschmolzen wurde. Die Entwickelung des Begriffes Katatonie knüpft an die immer deutlicher werdende Thatsache der schlechten Progno des degenerativen Wesens und des Zusammenhangs mit der Hebephren Entstehung und Entwickelung erinnern an die Geschichte der Paralyse.

(Der Vortrag wird ausführlich publicirt werden.)

Smith - Schloss Marbach: Elektrotherapie bei Depression zuständen sog. funktioneller Neurosen (gewisser Formen v Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie und Melancholie).

Redner fast seine Ausführungen folgendermassen zusammen:

1. Die Untersuchung einer grossen Anzahl Depressivkranker hat geben, dass bei einem ganz bedeutenden Prozentsatz derselben star Herzvergrösserung besteht. Experimentelle Erzeugung von Herzvergrösseru (z. B. durch Ueberhitzung) hat, wie auch häufige klinische Beobachtun gezeigt, dass der Herzvergrösserung die Unlustsymptome erst folgen, nic etwa diese letzteren Ursache der Herzstörung sind.

2. Bei constitutionell dazu veranlagten Kranken genügt demgemä eine Herzerweiterung, um durch Circulationsstörung im Gehirn Unlust u Depressivzustände auszulösen oder wesentlich zu verstärken: je nachde die Herzerweiterung wie nach Ueberanstrengung und vielen fieberhaft

Erkrankungen alleinige Ursache oder wie bei einstweilen unbekannter, wahrscheinlich autointoxikatorischer Grundlage Miterscheinung der psychischen Störung ist.

3. Für die Form der Unlustsymptome ist ebensfalls die constitutionelle Veranlagung massgebend, derart, dass es bei epileptoider Beanlagung zu reizbarer Verstimmung, gewaltthätigen Explosionen (Projection nach aussen!), Dämmerzuständen, Schwindel und Ohnmacht kommt, während bei hypochondromelancholoider Beanlagung mehr körperliche und seelische Angst, Schwarzseherei (Projection nach innen!), Lebensüberdruss in den Vordergrund treten. Neurasthenie und Hysterie ordnen sich meist einer dieser beiden Gruppen unter, und bilden diese Erkrankungen wohl nur die leichteren Vorstufen der schwereren Störungen, die übrigens vielfach in einander übergehen.

4. Es gelingt ganz unabhängig von dem Grundleiden den grössten Theil dieser Unlustzustände zu beseitigen oder wenigstens zu mildern, wenn man die Circulationsstörung, deren messbarer Ausdruck die Herzvergrösserung ist, günstig zu beeinflussen vermag, was in der Mehrzahl der Fälle mit den Mitteln gelang, die auch die psychisch weniger complicirten Herzerweiterungen zur Heilung brachten.

5. Als wirksamste therapeutische Beeinflussungen haben sich zu diesem Zwecke die unterbrochenen electrischen Ströme erwiesen. Es genügt schon der faradische Strom; stärker und meist angenehmer wirken sinusoidale Wechselströme eines Drehstrommotors. Die Anwendung dieser Ströme geschieht am Besten in einem lauen Bade, die Stärke wird nach der Toleranz des Kranken bestimmt. Dauer etwa 10 Minuten täglich oder einen um den andern Tag. Ebenso wirken die hochgespannten Ströme der Influenzmaschine, die, in Gestalt der electrischen Douche verabreicht, besonders die Kopfdruck- und Schmerzerscheinungen günstig beeinflussen; ferner die in der von *Arsonval* vorgeschlagenen Form der Umkreisung angewandten Teslaströme, die sich besonders schlafbefördernd erweisen, wie übrigens auch die sinusoidalen Wechselstrombäder. Nach der Behandlung ist längere Ruhe nothwendig.

6. Unterstützt kann die Behandlung im Anfang werden durch Digitalis, Campher und besonders Validol, das sich als ein hervorragendes Herzmittel in Schloss Marbach bewährt hat, welches wohl hier und da im Stich liesst, aber noch nie eine unangenehme Nebenwirkung bis jetzt hat erkennen lassen. Diätetisch soll mehr vegetabilische Kost, viel Milch und Obst, wenig Fleisch und keine scharfen Gewürze, kein Alkohol und kein Essig gegeben werden; Lust nach sauren Speisen befriedige man mit Citronenanwendung. Bewegung mit möglichst tiefer Zwerchfellatmung erweist sich günstig, sie darf aber nie soweit gehen, dass das Herz später grösser ist als vorher, daher ist immer von Zeit zu Zeit Controlle nötig.

7. Was die Erfolge der Behandlung angeht, so findet man vier Typen:

a) Nach acuten Ueberanstrengungen (Bergtouren ohne genügen Training!) sowie durch fieberhafte Erkrankungen und andere Ueberhitzun entstandene, sich an Herzschwäche anschliessende Neurosen erfordern eine kurze Behandlung, wennn sie noch nicht lange bestanden hab und machen bei späterem rationellem Leben keine Beschwerden mehr.

b) Haben die Zustände länger gedauert, so treten in meist vier sechswöchentlichen Perioden noch eine Zeit lang Verschlimmerun auf, derart, dass ohne erkennbare Gründe mehr oder weniger plötzlich Zeit von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden) Herzerweiter auftritt, der dann die psychische Depression bald folgt. Hier muss Behandlung noch lange fortgesetzt werden, anfangs tägliche, später bis zweimal wöchentliche Electrisation; während der Anfälle, die bald noch Stunden dauern, am Besten zweimal täglich. Schliesslich treten Anfälle nur noch in kaum merkbaren Spuren auf.

c) Bei einzelnen chronischen Depressivzuständen tritt anschein überhaupt keine Heilung ein, insofern man nur kurze Zeit mit Electrisation aufzuhören braucht, um sofort wieder die schwersten Depr sionen mit Suicidgedanken etc. aufflackern zu sehen. So lange die Kranl aber täglich electrisirt werden, sind sie, wenn auch nicht normal, so d in einem durchaus erträglichen Zustande, der ihnen Vergnügen am Reis am Lesen gestattet, wenn auch eine hochgradige Menschenscheu blei Ein solcher Fall ist jetzt im vierten Jahre in Beobachtung; jeder versuc Abbruch der Behandlung bei scheinbarem Wohlbefinden hatte stets schwe Rückfall zur Folge.

d) Einige wenige Fälle trotzten jeder Behandlung, indem sich we die starke Herzerweiterung noch die Depression beeinflussen liessen. handelte sich bei den Beobachtungen um Depression bei circulärer Psycho und war der Charakter des Anfalls hierbei von dem der andern Krank insoweit verschieden, als die Patienten durch den depressiven An hindurch einen manisch-querulirenden Typus erkennen liessen.

8. Die Behandlung aller dieser Formen liess sich in der offen Anstalt und sogar ambulant durchführen bei Kranken, denen bei ersten Consultation sonst sicher der Aufenthalt in einer geschlossen Anstalt hätte angerathen werden müssen.

9) Die Resultate fordern dringend eine Nachprüfung an den gelaufeneren Fällen der psychiatrischen Anstalten, zumal neuere englisc Veröffentlichungen (*H. Lewis Jones* im Journal of Mental Science, April 19 auch auf die grosse Wirksamkeit der sinusoidalen Wechselstrombehandlu bei Depressivzuständen aufmerksam machen, was Redner schon vor d Jahren auf der Münchener Naturforscherversammlung that. Redner gi während des Vortrags Aufnahmen herum, welche die Uebereinstimmu der mit seiner Methode (Phonendoskopie) gewonnenen Herzumrisse n denen des *Moritz*'schen orthodiagraphischen Röntgenverfahrens zeigen, u demonstrirt eine Reihe von Kurven, in denen die Herzgrösse bei v

schiedenen Krankheiten täglich registrirt ist, und aus denen hervorgeht, wie jedesmal der Herzvergrösserung ein Depressivzustand folgt. Der Vortrag erscheint in der Münch. med. Wochenschrift.

Discussion. *Gaupp*-Heidelberg: Ich möchte an Herrn *Smith* einige Fragen richten:

1. Worauf baut er seinen Schluss auf, dass die von ihm konstatirten Herzerweiterungen die Ursache der Depressionszustände seien?

2. Warum fehlt bei hochgradiger Herzerweiterung, wie sie manche organischen Herzkrankheiten kennzeichnet, häufig alle und jede schwere Gemüthsstimmung?

3. Wie erklärt es sich, dass namhafte Internisten auf Grund eigener Erfahrungen die von *Smith* geübte Untersuchungsmethode verwerfen? Erst jüngst hat ja *Lilienstein* auf der Hamburger Naturforscherversammlung das Verfahren von *Smith* als unzuverlässig verurtheilt.

Kraepelin-Heidelberg vermisst in *Smith*'s Ausführungen die scharfe klinische Diagnosenstellung, die unbedingt nöthigt sei, da Depressionszustände bei allen möglichen Krankheiten vorkommen und dementsprechend in ihrem Wesen ganz verschieden sein können.

Smith: Herrn *Gaupp* gegenüber bemerke ich, dass das Phänomen der schnell wechselnden Herzgrössen durchaus nicht von mir zuerst festgestellt ist, sondern klinisch von einer Reihe von Autoren wie besonders *Henschen*, *Martius*, *Schott*, *Jacob* u. a. beobachtet und beschrieben ist. Nur ihr Verlauf und der Zusammenhang mit besonders periodisch auftretenden psychischen Erkrankungen ist durch die von mir in den letzten Jahren systematisch mit neuen Methoden durchgeführten Herzuntersuchungen an allen möglichen Kranken zuerst betont worden. Herrn *Kraepelin* bemerke ich, dass es bei der Kürze der Zeit nicht so sehr mein Zweck war, genaue klinische Krankheitsbilder vorzuführen, als überhaupt darauf aufmerksam zu machen, dass bei vielen Störungen die Depression (Verstimmung, Reizbarkeit, Angst, Unruhe, Schwindel bis zur Bewusstseinstrübung) eine der Herzveränderung folgende oder durch sie gesteigerte Begleiterscheinung zu sein scheint, die bei Weiterbestehen anderer Krankheitserscheinungen charakteristischer Natur durch auch bei sonstigen Herzerweiterungen bewährte Therapie oft erleichtert oder völlig beseitigt werden kann. Vielleicht können die Herzbefunde ein wichtiges differential-diagnostisches Hülfsmittel bei verschiedenen Erkrankungen werden: während z. B. bei der alkohologenen Epilepsie die Herzerscheinungen so im Vordergrund stehen, dass ich sie geradezu als Herzepilepsie bezeichnet habe, sind bei den Fällen von echter Epilepsie, die ich in den Anfällen beobachten konnte, die Herzerscheinungen ganz verschwindend.

Schluss der Versammlung um 5 Uhr.

Hess-Stephansfeld *Neumann*-Karlsruhe
Schriftführer.

Literatur.

Alber. Atlas der Geisteskrankheiten im Anschluss an *Sommer*'s Diagnostik der Geisteskrankheiten. Mit einem Vorwort von *Sommer*. Mit 110 Illustrationen. *Urban* und *Schwarzenberg*, Berlin, Wien, 1901. 125 Seiten. Mark 6.

Alber, Assistent von *Sommer*, hat mit vorliegendem Atlas ein sehr interessantes Werk geschaffen, das, an *Sommer's* Diagnostik der Geisteskrankheiten sich anlehnend, eine willkommene Ergänzung dazu bildet. Wir sehen klassische Portraits zu sämmtlichen Psychosen gegeben, aber auch zur Idiotie, Epilepsie und organischen Gehirnkrankheiten etc. Nicht am wenigsten ist der beigegebene Text zu loben, der nicht nur in aller Kürze die Krankengeschichte giebt, sondern das Aeussere an der Hand des Bildes erläutert und auf allerhand Details aufmerksam macht, die vielleicht sonst z. T. übersehen worden wären. Endlich wird auch das Technische der Aufnahme stets kurz mitgetheilt. Wir haben es sonach nicht nur mit einem blossen Bilderbuche zu thun. Vor Allem müssen wir die Vortrefflichkeit der meisten Bilder betonen. Die Mehrzahl ist geradezu künstlerisch und sehr scharf aufgenommen und ich glaube kaum, dass es anderswo eine solche Reihe so ausgezeichneter Photographien giebt. Was man davon z. B. in den Lehrbüchern zu sehen bekommt, ist damit absolut nicht zu vergleichen. Auch die sonstige Ausstattung des Buches ist vornehm und der Preis von 6 Mark dafür als ein äusserst mässiger zu bezeichnen.

Ich kann nicht umhin, hier aber auf den Werth solcher Photographien für die Psychiatrie überhaupt etwas näher einzugehen. Wenn man zunächst bedenkt, wie ausserordentlich veränderlich Gesicht, Haltung und Gesten im Verlaufe einer und derselben Psychose meist sind, so wird man es verstehen, dass man höchstens nur für ganz bestimmte Phasen der Krankheit von einem charakteristischen Bilde reden kann und auch das oft nur mit Einschränkung. Man betrachte z. B. den Melancholiker früh und abends zu Anfang, auf der Höhe oder im Abklingen des Leidens; ebenso den Maniacus, noch mehr aber den Katatoniker, Paralytiker etc. Selbst

demente Paralytiker kann man oft von andern Verblödeten und Imbecillen etc. am Gesichte kaum unterscheiden. Man kann eben meist nur sagen: dies Bild kann den und den Kranken darstellen. Ich würde z. B. wetten, dass wenn die Mehrzahl der *Alber*'schen so schönen Bilder ohne Etikette 10 Psychiatern vorgelegt, sicherlich die Diagnosen nicht gleichlautend gestellt würden! Das ist vielleicht auch die Ursache gewesen, warum die meisten Lehrbücher, vielleicht mit Recht, von Bildern Abstand nehmen. Das Kaleidoskop ist eben zu gross! Wenn wir aber weiter bedenken, dass wir uns bez. der Nomenklatur in der rein naiven Phase der Psychiatrie befinden, dass doch sehr wahrscheinlich allein die pathologisch-anatomische Basis später eine wahrhaft wissenschaftliche Nomenklatur der Psychiatrie begründen wird, so ersehen wir daraus, dass unsere ganzen heutigen Benennungen passagere, vorläufige sind und also die damit in Verbindung gebrachten Bilder nur Zustandsbilder sein werden, was sie schon jetzt im Grunde sind. Für die Psychiatrie und schliesslich auch für die Physiognomik könnten nur z. Z. ganze Reihen von Bildern einer und derselben Krankheit, in allen Phasen und bei verschiedenen Personen von Werth sein. Ein solcher Plan zerschellt leider an den grossen Kosten. Seien wir also bescheiden und begnügen wir uns mit einem kleinen Ausschnitte, wie hier geschehen ist, der eins der vielen Darstellungsmittel der uns so durchaus nöthigen „Curven-Psychiatrie“ bildet. Erinnern wir uns aber stets der Werthgrenzen eines solchen Bilderatlasses.

Näcke.

Sallilas: La teoría basica. (Bio-Sociologia). Madrid, Suarez, 1901. Bd. 1 und 2. (757—775 Seiten) à 16 pesetas. Aus der Biblioteca de derecho y de ciencias sociales.

Sallilas, der berühmte Kriminalanthropolog und Sociolog Spaniens, der mit seinen zwei letzten Werken über den spanischen Verbrecher (el lenguaje und Hampa) schon Bedeutendes geleistet hat, veröffentlichte vor Kurzem ein 2bändiges, dickleibiges Werk, welches die Bio-Sociologie auf einer ganz neuen Basis zu gründen sucht. Dieses, den Herren *Paul Näcke*, *Max Nordau* und *Dorado* gewidmete Riesenwerk zeigt eine solche Fülle geistreicher und origineller Gedanken, eine solche Menge des verschiedenartigsten Wissens, dass es schwer ist, in Kürze die Hauptgedanken wiederzugeben. Da es mir nun darauf ankam, ein möglichst richtiges Bild des Ganzen für den Leser zu gewinnen, ersuchte ich den Verfasser, mir ein Autoreferat zu senden. Dasselbe, aus dem Spanischen in das Deutsche übersetzt, lautet folgerdermassen.

„Die basische Theorie. Ursprung. In allen unsern Funktionen,

Vorstellungen und Handlungen spielt die Basis eine grosse Rolle. Di Tradition. In der Sprache giebt es viele basische Worte: den Boder nennen wir Basis der Erhaltung (sustentacion), die Nahrung: das Erhalten (sustesno). Reihenfolge der Basen. Die Natur ist ein Gebäude, de Reihe nach durch Basen ausgeführt. Eine Basis erzeugt die andere. Di sogenannten Naturreiche sind aufeinander folgende Basen: die minera lische, vegatabilische Basis, die Basis der Pflanzen-, Fleischfresser un der Menschen. Die organische Basis. Der Organismus geht von einer Elemente aus. Dies Element ist das Princip einer Basis, die darnac strebt, die ganze vorhergehende Basis einzunehmen. Die Elemente ver einigen sich, um differenzirte Organismen zu bilden. Die differenzirter Organismen sind nichts als elementare in der Reihe der Ueberordnun (superioridad). Der Mensch ist das höchste Element, Ursprungsstätte de der höchsten und ausgedehntesten Basis: der socialen Basis. So ist jede Element auf basischem Wege und nach der Reihenfolge der Basen kon stituirt und hat sich daraus entwickelt. Die 2 Basen. Zwei Basen sind zu unterscheiden: a) eine fixe Basis, die sich durch Charakter des Fest stehenden (fijeza) auszeichnet; b) eine handelnde (accional) Basis. I jedem Organismus existiren diese zwei mit einander verknüpften Base Das Organische charakterisirt sich durch die Manifestation und die Ent wickelung der Handlung in unzertrennbarer Verbindung mit dem Fest stehenden. Studirt man die organische Textur, so erkennt man di Charakterisirungen der beiden Basen: a) die feste Basis = vegetativ Gewebe (das epithaliale und conjunctivale), b) die handelnde Basis = an malische Gewebe (das musculäre und nervöse). Betrachtet man di Funktionen, die nur zwei sind, nämlich die der Ernährung und Erzeugun so repräsentirt jede derselben die Eigenthümlichkeit der einen der Base a) Die Basis der Zeugung (generadora) = feststehende Basis. Di Zeugungsfunktion ist eine Funktion der Stetigkeit (permanencia). b) Di Ernährungs-Basis = Handlungs-Basis. Die Ernährungs-Funktion e setzt die Handlung. Basische Verbindung. Beide Basen sin unweigerlich und absolut nöthig miteinander verbunden. Sie sind es i Organischen auf anatomische und physiologische Weise. Im Anatomischen i das Knochengewebe die ausgeprägte Charakterisirung der feststehende Basis. Im Physiologischen bedeuten die beiden Zeiten der Ernährung Funktion die Reciprocität der beiden Basen: die Nahrung gehört d Handlungs-Basis an, die Excrementirung der feststehenden Basi In der blossen Handlung ist gleichwohl auch die feststehende Basis en halten; sie stellt etwas fest (es fijadora). Die psychische Basis. D Psyche ist eine Basis, die höchste und die ausgedehnteste von alle Basisch besteht sie aus organischen Basen: Ependym, Neuroglia und d handelnden Elementen. Physiologisch setzen sich in der Psyche d basischen Funktionen fort. Psychisch sind die psychischen Funktion analog den vorhergehenden organischen Funktionen. a) Psychisc

Ernährung (nutricion psiquica) = Gedächtniss. Das Gedächtniss ist das Material für die Gedanken (ideacion), b) psychische Erzeugung (generacion psiquica) = Gedanken (ideacion). Die psychische Handlung, wenn man von den psychischen Elementen ausgeht, ist eine Erweiterung der organischen Handlung. Das, was am meisten die organische Handlung kennzeichnet, ist die Organisation des Mundes. Dank der psychischen Handlung wird die Hand zum Mund: das Steinbeil ist ganz genau ein Zahn der Hand (diente manual). Ebenso wird der Mund zur Hand. Die Sprache ist die Macht, Zeichen zu geben. In der Entwikelung dieser Macht geht die Gesticulation der Phonation voraus. Wenn der Mund mit dem Kehlkopfe Töne erzeugt, so erfüllt er eine ähnliche Funktion, wie die Hand. Es bildet sich, in diesem Sinne, eine tönende Hand (mano fonética). Die „basische Theorie“ betrachtet die Entwickelung der Psyche demnach als eine solche funktionelle Erweiterung. Sociale Basis. Sie ist die organische Identification mit allen natürlichen Basen. Die Reihenfolge dieser Identifikation ist die folgende: sie beginnt (empieza) mit der Basis der letzten Entstehung (die der Pflanzenfresser) und endigt in die der 1. Bildung (der fixen oder Steinbasis). 1. Identification: Jäger. Entwickelung des Menschen als Fleischfresser. 2. Identification: Hirten. Entwickelung des Menschen als Pflanzenfresser durch Handlung der pflanzenfressenden Thiere. 3. Identifikation: Der Ackerbauer. Entwickelung des Menschen als Pflanzenfresser durch Handlung des Menschen und durch Identifikation mit dem weichen (blando) Theile der feststehenden Basis. 4. Identification: Die architektonische Beherrschung der Mineralbasis und Entwickelung jeglichen Bauwerks (edificacion). In der ersten zeigt sich nun die Ernährungs-Funktion; in der zweiten die der Ernährung und Erzeugung; in der dritten ist der Mensch der eigentliche Erzeuger; in der vierten zeigt sich eine vollkommene Integration und eine vollständige Ausdehnung beider Funktionen. Die Entwickelung der Architektur studirt man, wenn man die architektonischen Gewebe (das epitheliale, conjunctive und musculäre) und die architektonischen Funktionen als Ausbreitung der organischen Funktionen definirt. Die zwei Theile (sc. des Buches), worin die Identification des Ackerbaus und der Architektur studirt werden, führen den Titel: Der Nil und der Sinai. Sociale Typen. Auf Grund der Begriffe der basischen Theorie ergiebt sich eine neue Klassifikation: die proteischen (proteicos), architektonischen und sinthetischen Typen. Die proteischen Typen: der protoactionale (der Sammler); Entwickelung der Tendenzen des Schlagens (percussion) und Werfen's (proyeccion), welche den Grund zu Instrumenten legten; der protoinstrumentale (der Jäger), gekennzeichnet durch Schaffung von Schlag- und Wurfinstrumenten; der protoretiarische (der Fischer), Fabrikant von Netzwerkzeugen; der protosubordinale (Hirt), weil er die Unterwerfung bewirkt und Unterwerfungsmittel schafft (der Zaum). In den architektonischen Typen reihen sich aneinander: der einfach Handelnde (accionador), der mit Instrumenten Thätige (instrumentador), der Erbauer

und der Maschinenbauer. In den synthetischen: der Typus der Revision und der Typus der Presumption."

Ich habe möglichst genau Alles übersetzt. Manches wird dem Leser bei der Kürze sicher darin dunkel bleiben, auch wenn er das Riesenwerk selbst gelesen hat. Letzteres fällt Einem freilich nicht leicht, da man es mit so vielen abstracten und neu eingeführten Begriffen zu thun hat und die Art der bio-sociologischen Betrachtungsweise des Verfassers vollkommen aus dem üblichen Schema fällt. Dazu kommen noch viel Wiederholungen, trotz im Allgemeinen knapper Darstellungsart. Manches erscheint auch der Theorie halber etwas gezwungen. Man wird dem Verfasser aber zugeben müssen, dass er neue, orginelle Ideen gebracht, sie konsequent durchgeführt hat und seine Theorie somit volle Existenzberechtigung besitzt, zumal sie in den Resultaten mit denen *Spencer*'s, *Ihering*'s etc. vielfach übereinstimmt. Alle hauptsächlichsten Sociologen werden selbstverständlich auf das eingehendste geprüft und besonders scheint *Spencer* es dem Verfasser angethan zu haben. Bei *Spencer* liest sich Alles wunderschön, geistreich und wahrscheinlich; leider fehlt der Beweis, wie bei andern Theorien auch. Sicher ist die von *Sallilas* eine sehr annehmbare, weil natürliche. Massenhaft sind natürlich Beispiele eingeflochten und der Etymologie und der Spruchweisheit des Volks wird grosse Beachtung geschenkt. Das Wissen von *Sallilas* ist stupend. Ob es sich um Anatomie, Physiologie, Psychologie, Psychiatrie, Folklore, Philologie, Archäologie, Recht etc. handelt, überall ist er zu Hause! Mit Vorliebe werden Beispiele aus der spanischen Heimat beigebracht, so dass so wichtige Beiträge zur Volks-Psychologie hier gegeben werden. Auf Schritt und Tritt ist man überrascht durch neue Aperçu's und man erkennt überall den tiefen und originellen Denker. Aufgefallen ist mir, dass *Wundt* sehr wenig und *Buckle* gar nicht erwähnt wird, trotzdem der Letztere in den Resultaten sich vielfach mit dem Verfasser berührt. Wenn man von der Theorie selbst absieht, die ja, wie jede andere, sicher auch ihre Schwächen besitzt, so wird man in den beiden Bänden nur Einzelnes hie und da bestreiten können. *Sallilas* ist in Allem so vorsichtig und kühl abwägend, dass er sich nicht leicht eine Blösse geben wird. Wünschen wir dem Werke guten Erfolg und eifrige Leser. Jeder kann massenhaft davon profitieren, selbst wenn er Theorie Theorie sein lässt.

Näcke.

Kleinere Mittheilungen.

Urbedeutung des Wortes: Verstand. — Aus einem Briefe des berühmten medicinischen Historikers und medicinischen Aegypto- und Assyriologen, Freiherrn Dr. *von Oefele* in Neuenahr vom 22. Januar d. J. möchte ich die folgenden, die Leser dieser Zeitschrift gewiss interessirenden Sätze herausschreiben:

„Vielleicht interessirt Sie auch, dass unser deutsches Wort „Verstand" also von „verstehen" sich ursprünglich auf Gehörswahrnehmung bezieht und ebenso in Keilschrift an Stelle des Begriffes Verstand der Körpertheil Ohr eingesetzt wird, so dass Sardanapal, jedenfalls wenig modern, fortwährend von „grossen Ohren" spricht, welche ihm die Götter verliehen haben. Aber dennoch sind die Irrsinnigen damals keine Ohrenkranke, sondern Herzkranke; „mens sana in corpore sano" wird keilschriftlich ausgedrückt, als „gutes Herz im gutem Fleische". *Näcke.*

Die Heil- und Pflegeanstalt Illenau — hat in letzter Zeit einen ebenso dem baulichen Umfange nach bedeutenden als für die Behandlung der Kranken ausserordentlich wichtigen Zuwachs ihres Gebäudecomplexes erhalten.

Die veralteten und längst ungenügenden Abtheilungen für unruhige Kranke sind ausserhalb des alten Bauplans, auf der Nord- resp. Südseite desselben, d. h. für die Männer- wie für die Frauenseite, durch grosse, den neuesten Anforderungen der Anstaltstechnik entsprechende Bauten (Pavillons) ersetzt worden.

Dieselben bestehen im Wesentlichen aus einer Doppelabtheilung mit grossen Sälen und allen für den Betrieb nöthigen Nebenräumen.

Von aussen präsentiren sich diese Pavillons, von hübschen Parkanlagen umgeben, als langgestreckte, freundliche und doch monumentale Bauten, in den Haupttrakten einstöckig, nur im Mittelbau zweistöckig gehalten.

Vom Eingange, der sich in der Mitte der Front befindet, gelangt man zunächst in den Vorraum, von dem rechts das Besuchs- und ärztliche Ordinationszimmer und links die Spülküche, geradeaus das Treppenhaus gelegen ist. Dieser Vorraum führt uns dann seitlich je in die beiden gleich eingetheilten Unterabtheilungen des Baues und zwar zunächst in den grossen, 360 cbm Luftraum umfassenden Krankensaal, welcher vorerst mit neun Betten besetzt ist, und aus diesem in einen zweiten kleineren Saal für sechs Betten; beide von zwei Seiten reichlich belichtet. Der grosse Saal steht an seiner Eingangsseite rechts mit einem Nebenzimmer, links mit dem Baderaum in direkter Verbindung. Von beiden Sälen aus ist der Abort direkt erreichbar. Aus dem kleinen Saal gelangt man in den Seitenflügel, welcher an einem geräumigen Corridor fünf Einzelzimmer für störende Kranke, in der Mitte noch einen zweiten Baderaum und am Ende einen Abort enthält. Das Treppenhaus in der Mitte der Anlage führt in den zweiten Stock, in welchem die Wohnung für einen Hilfsarzt, zwei Zimmer für Kranke der besseren Stände und die Zimmer für das Wartepersonal eingerichtet sind.

Der ganze Bau ist mit Warm- und Kaltwasserleitung, wie mit elektrischer Beleuchtung versehen, wird mit einer Niederdruckdampfheizung beheizt und ist an das Tonnenabfuhrsystem angeschlossen.

Im Detailplane sowohl wie in den inneren Einrichtungen sind die neuesten Erfahrungen zu Hilfe genommen worden — so in der Construktion der Thüren und Fenster, besonders der Einzelzimmerfenster, der Ventilation und Beleuchtung.

Hinter den Häusern schliessen sick grosse Gärten, welche einen weiten Blick in die schöne landschaftliche Umgebung gewähren und mit gedeckten Wandelgängen versehen sind, für den Anfenthalt der Kranken im Freien direct an.

Mit der Fertigstellung und Inbetriebnahme dieser Neubauten können die unruhigen und störenden Kranken aus der übrigen Anstalt und besonders aus der Nähe der Ruhigeren und Ruhebedürftigen entfernt und für sich gehalten werden. Ausserdem kann nunmehr — und das ist ein ebenso hoch anzusetzender Vortheil — die auch für die unruhigen Elemente schon lange als nöthig und wohlthätig erkannte Bettbehandlung mit beständiger Ueberwachung, die bisher nur in beschränkterem Maasse möglich war, allgemein eingeführt werden.

Es sind somit in der Einstellung dieser Bauten in den Anstaltsbetrieb zugleich hochwichtige Hilfsmittel zur richtigen Behandlung aufgeregter Kranken zu begrüssen. Der Grossh. Regierung wie den Ständen gebührt daher dankbare Anerkennung für die Schaffung dieser seit lange angestrebten Neuerungen. Um die Erstellung des baulichen Theils hat sich Herr Baurath *Schäfer*-Mannheim ein bleibendes Verdienst erworben.

Die Abtheilungen sind in den letzten Wochen — die Frauenabtheilung am 12. October, die Männerabtheilung am 11. November — mit einer kleinen Eröffnungsfeierlichkeit dem Betrieb übergeben worden.

Aus Illenau. — Auf Anregung des Grossh. Ministeriums des Innern wurde in der Heil- und Pflegeanstalt Illenau vom 7. bis 19. October dieses Jahres ein psychiatrischer Kurs für Bezirksärzte des Landes abgehalten. Es betheiligten sich daran, einschliesslich eines Volontärarztes, 14 Aerzte aus allen Theilen des Landes. Theils in theoretischen Vorträgen, theils in Demonstrationen am Krankenmaterial unternahm es der Director der Anstalt, die Theilnehmer des Kursus über alle Fragen des Anstaltswesens und der praktischen Irrenfürsorge überhaupt, wie im Speciellen über die einzelnen Formen der Psychosen und ihre forense Bedeutung zu unterrichten. Ausserdem wurde den Kurstheilnehmern durch Rundgänge mit den einzelnen Abtheilungsärzten Gelegenheit gegeben, die einzelnen Krankheitsbilder sich noch genauer einzuprägen. Ebenso wurde bei Obductionen und durch mikroskopische Demonstrationen die Anatomie des Centralnervensystems, ferner das Kapitel der Hypnose mit praktischen Vorführungen abgehandelt.

Abgesehen von dem Lehrzwecke, der natürlich an erster Stelle steht, sind diese Kurse ein sehr wichtiges Bindeglied zwischen den Anstaltsärzten und den Staatsärzten des Landes und es ist aus dem angebahnten geistigen Verkehr, besonders wenn er, wie beabsichtigt ist, seine Fortsetzung in weiteren Kursen findet, eine bedeutsame Förderung des gemeinsamen Wirkens in der Irrenfürsorge im Allgemeinen wie im einzelnen Falle zu erhoffen (Karlsr. Zt. 1901 No. 320).

Aus München. — Errichtung einer Universitäts-Irrenklinik. Die Errichtung der neuen oberbayerischen Kreisirrenanstalt in Eglfing und die Auflassung der bisherigen in München machen die Errichtung einer Universitäts-Irrenklinik nothwendig. Die Herstellung des Baues sammt der inneren und wissenschaftlichen Einrichtung der Klinik wird auf ca. 1½ Mill. M. zu stehen kommen. Für die kommende Finanzperiode soll vorerst der Betrag von 1200000 M. gefordert werden. Die Stadtgemeinde, bezw. die Krankenhausstiftung München überlässt von ihrem Areale an der Ecke der Nussbaum- und Goethestrasse eine Fläche von ungefähr 10000 Quadratmetern, wonach ungefähr 4000 Quadratmeter überbaut werden sollen, zu Erbbaurecht; der Preis des Grundstückes würde beim Ankauf kaum unter 1 Million Mark betragen. Dagegen übernimmt die kgl. Ludwigs-

Maximilians-Universität die Erbauung, Einrichtung und Unterhaltung, sowie den vollen Betrieb einer Anstalt zur vorübergehenden Unterbringung von Geisteskranken, die zugleich als Stadtasyl und als psychiatrische Klinik zu dienen bestimmt ist. Die Feststellung der definitiven Pläne ist von der Zustimmung des Stadtmagistrats abhängig. Die Zahl der Betten wird auf 100 festgesetzt. In der Regel sollen nur Kranke Aufnahme finden, die in der Stadt München wohnhaft oder im Aufenthalte sind; nur wenn und soweit die festgesetzte Bettenzahl zeitweise nicht mit solchen Kranken belegt ist, können andere Geisteskranke vorübergehend aufgenommen werden. Sind bei einem vorübergehend untergebrachten Geisteskranken die in der ministeriellen Entschliessung vom 1. Januar 1895 vorgeschriebenen Verhandlungen so weit abgeschlossen, dass die Unterbringung der betr. Person in eine Irrenanstalt erfolgen kann, so muss diese im Falle der Transportfähigkeit der Kranken ohne Verzug bethätigt werden. Für klinische Dauerfälle dürfen höchstens 10 Betten — je 5 für Männer und Frauen — in Anspruch genommen werden, so dass die übrigen 90 Betten für provisorisch unterzubringende Geisteskranke stets verfügbar sein müssen. Eine Vorstellung von Kranken zu Zwecken des klinischen Unterrichts darf gegen den Willen der Kranken oder ihrer Angehörigen nicht vorgenommen werden. Die Tarifsätze für die Communsäle sollen den für die städtischen Krankenhäuser geltenden Tarifsätzen gleichgestellt werden. Die Anstaltsleitung hat in jeder möglichen Weise dafür Sorge zu tragen, dass der Nachbarschaft aus dem Betriebe der Anstalt keine Belästigungen erwachsen. (Allg. Zt. München No. 280. 1901).

Die Entlassung geisteskranker Verbrecher aus den öffentlichen Irrenanstalten. — Ueber die Entlassung geisteskranker Verbrecher aus den öffentlichen Irrenanstalten Preussens sind im Laufe des vorigen Jahres und in diesem Jahre von den Ministerien des Innern, der Justiz und der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten an die Oberpräsidenten und Oberstaatsanwälte verschiedene Verfügungen erlassen worden, aus denen Folgendes hervorzuheben ist:

„Die Oberpräsidenten haben im Interesse der öffentlichen Sicherheit dafür zu sorgen, dass solche Personen, welche nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachten sind, nicht ohne polizeiliche Mitwirkung aus den bezeichneten Irrenanstalten entlassen werden. Als solche Personen kommen in Betracht:

1. diejenigen Delinquenten, welche von einer gegen sie erhobenen Anklage freigesprochen worden sind, weil sie sich zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden haben, durch welchen ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war (§ 51 St.-G.-B.);

2. diejenigen Angeschuldigten, bei denen eine vorläufige Einstellung des Verfahrens beschlossen worden ist, weil sie nach der That in Geisteskrankheit verfallen sind (§ 203 St.-P.-O.);

3. diejenigen verurtheilten Verbrecher, bei denen der Strafvollzug wegen Eintritts einer Geisteskrankheit ausgesetzt ist (§ 487 St.-P.-O.).

Diese Personen dürfen erst entlassen werden, nachdem dem Landrath, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes Gelegenheit zur Aeusserung gegeben worden ist."

Da an den unter 2. und 3. aufgeführten Personen die Justizbehörden insofern ein Interesse haben, als eine frühere oder spätere Wiederaufnahme der vorläufig eingestellten Untersuchung oder des ausgesetzten Strafvollzuges in Frage kommen kann, sind die gedachten Polizeibehörden angewiesen worden, die ihnen übersandte Mittheilung des Anstaltsleiters über die beabsichtigte Entlassung sofort — spätestens am dritten Tage nach Empfang — der an dem Strafverfahren betheiligt gewesenen Staatsanwaltschaft mit dem Ersuchen um eine Aeusserung zu behändigen. Die Staatsanwaltschaften haben ihre Aeusserungen längstens binnen einer Woche den Polizeibehörden mitzutheilen. Geht innerhalb dieser Frist von der Staatsanwaltschaft keine Antwort ein, so ist die Polizeibehörde zur selbständigen weiteren Verfügung befugt. Widerspricht die Staatsanwaltschaft der Entlassung nach Ansicht der Polizeibehörde unbegründeter Weise, so ist die Entscheidung des Regierungspräsidenten nachzusuchen. Dies hat auch dann stets zu geschehen, wenn die Staatsanwaltschaft und die Polizeibehörde zwar derselben Ansicht sind, es sich aber um Fälle von besonderer Wichtigkeit und Schwierigkeit handelt — so stets in den Fällen, in denen die gegen den Verbrecher verhängte Freiheitsstrafe die Dauer von zwei Jahren übersteigt. Die Regierungspräsidenten sind angewiesen, die Entscheidung in den ihnen unterbreiteten Fällen sofort zu treffen. Die Polizeibehörden haben dann auf Grund der Entscheidung des Regierungspräsidenten — in den Fällen, wo eine solche Entscheidung nicht eingeholt ist, auf Grund eigener pflichtmässiger Prüfungen nach Eingang der Aeusserung der Staatsanwaltschaft — dem Leiter der Irrenanstalt mitzutheilen, ob polizeilicherseits gegen die Entlassung Bedenken zu erheben sind.

Der ganze Schriftwechsel darf in keinem Falle länger als drei Wochen dauern, da die Anstaltsleiter berechtigt sind, hinsichtlich der Entlassung der betreffenden Personen Entscheidung zu treffen, wenn sie drei Wochen nach der Benachrichtigung der Polizeibehörde von dieser keine Antwort erhalten haben. (Berl. Neueste Nachr. No. 118. 1902).

Zur Section der Neurologie und Psychiatrie — der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad vom 21. bis 27. September 1902 bitten die Einführenden Dr. *Gans*-Karlsbad und Prof. *Arn. Pick*-Prag und der Schriftführer Dr. *Margulies*-Prag, Vorträge und Demonstrationen bis zum 15. Mai bei Prof. *Pick*-Prag, Jungmanngasse 14, anzumelden.

Neue psych. Ztschr. f. Scandinavien. — Dr. *Henrik Th. Dedichen*, welcher am 20. September 1901 die erste Privatheilanstalt in Scandinavien für wohlhabende Kranke zweckmässig mit prächtiger Aussicht und auf reichlichem Terrain erbaut hat, hat auch eine neue Zeitschrift für Rechtspflege und Psychiatrie herauszugeben begonnen und bisher 7 Hefte erscheinen lassen. Möge er die Unterstützung finden, die ein auf die Dauer so schwieriges Werk dort bedarf.

Künstliches Serum in der Behandlung von Geisteskrankheiten — hat Dr. *Buvat* in einer Pariser These empfohlen, deren Ergebnisse sich auf umfangreiche Beobachtungen und Versuche stützen. Danach wäre eine Behandlung mit künstlichem Serum ausgezeichnet wirksam, wenigstens für gewisse Formen geistiger Störung. *Buvat* wendet zu diesem Zwecke sehr grosse Dosen von Serum an, wenigstens 500 ccm, entweder täglich oder in Zwischenräumen von 3 bis 5 Tagen, je nach der beabsichtigten Wirkung. Es soll sich dadurch eine eigentliche Waschung des Blutes vollziehen. Das Serum, dessen er sich bedient hat, ist von dreifach verschiedener Art, nämlich mit einem Gehalt entweder von Chlor oder von Brom oder von Jod. Das erste wird empfohlen bei acuten Geisteskrankheiten, die auf Ansteckung oder Vergiftung beruhen; das zweite wirkt stark beruhigend; das dritte ist bei allgemeinen Lähmungen und Geisteskrankheiten, die im Besonderen aus syphilitischer Erkrankung entstehen, anzuwenden. Die Veröffentlichung wird in den Pariser Fachblättern lebhaft erörtert. (Dresdener Nachr. Nr. 321. 1901.)

Ueber einen eigenartigen Fall von Opiumhunger — schreibt ein Berichterstatter aus der Lüneburger Heide Folgendes: Vor der Strafkammer in Celle wurde am 7. d. M. gegen zwei Apotheker wegen Verletzung des § 230 St.G.B. (Gesundheitsschädigung) verhandelt; der eine wurde zu 200 M., der andere zu 75 M. Geldstrafe verurtheilt. Der erstere, jetzt Besitzer einer Drogenhandlung, war zwei Jahre Leiter der Schlossapotheke in Celle gewesen, der andere Angeklagte war sein Nachfolger

Einer jungen Frau war ärztlich eine Tinktur aus 5 Gramm Chinin und 5 Gramm Opium, zusammen 200 Tropfen, verordnet worden, wovon sie täglich mehrmals 10 Tropfen nehmen sollte; die Flasche sollte etwa 7 Tage reichen; das erste Recept erhielt am 13. October 1900 den Vermerk, dass es (natürlich nur einmal) wiederholt werden könne, war aber schon von dem verstorbenen Besitzer der Apotheke jahrelang angefertigt worden — geschrieben ist es 1898. Die Menge der Tinktur wurde anfangs nicht überschritten. Allmählich jedoch steigerte die Kranke den Verbrauch, zuletzt bezog sie täglich 6 Flaschen. Das Recept ist über 2000 mal angefertigt worden. Zunächst bezahlte die Kranke das Mittel von Fall zu Fall, später liess sie es in Rechnung stellen; der Gatte erhielt schliesslich eine Rechnung von 1103 M., die aber seine Frau in die Hand bekam und ihrem Manne nicht übergab. Der letzte Apotheker machte schliesslich den Gatten auf den starken Opiumgebrauch seiner Frau aufmerksam. Diese ist in Kur gekommen und jetzt wieder vom Opiumhunger befreit worden. (Tägl. Rundschau No. 120, 1902.)

Nekrolog Georg Langreuter. — *Georg Langreuter* wurde am 5. Februar 1855 zu Vechta in Oldenburg geboren, als Sohn eines Geistlichen; er besuchte das dortige Gymnasium und bestand 1874 das Abiturienten-Examen. Er studirte sodann in Jena, Leipzig und München, woselbst er seiner Dienstpflicht als Einjährig-Freiwilliger genügte, machte ebenfalls in München das Staatsexamen und Examen rigorosum und diente dann ein zweites Halbjahr als einjährig-freiwilliger Arzt.

Sodann trat er in den Irrenanstaltsdienst und zwar zunächst als Assistenz-Arzt der Braunschweigischen Landes-Irrenanstalt Königslutter; er blieb dort 2 Jahre und ging dann als Assistenz-Arzt nach Dalldorf, wo er 4 Jahre lang thätig war und während dieser Zeit auch die Physikatsprüfung bestand. 1884 wurde er als zweiter Arzt auf den Eichberg gerufen und im September 1897 als Director nach der neubegründeten zweiten Nassauischen Irrenanstalt Weilmünster. Als zweiter Arzt des Eichbergs war er über 10 Jahre im Nebenamt Arzt des Correctionshauses Eberbach.

In Weilmünster hat er unter schwierigen Verhältnissen Grosses geleistet; bei seiner Ankunft traf er die ohne seine Mitwirkung erbaute Anstalt durchaus unfertig an; die abgelegene Lage der Anstalt machte hier die Wärterfrage zu einer besonders schwierigen und brachte ausserdem manches Unerquickliche. Die Versorgung der Anstalt wurde z. B. dadurch sehr erschwert, zumal da die Anzahl der Kranken rasch anstieg, in wenigen Jahren bis nahe an 600.

Wenig Erfreuliches brachte dem Director auch die Verpflichtung, zahlreiche Kranke besonders der Stadt Frankfurt aus anderen Anstalten aufzunehmen.

Allen Anforderungen suchte der Director *Langreuter* durch rastlose Thätigkeit gerecht zu werden und er hat Vieles erreicht.

Wiederholte Anfälle von Gallensteinkoliken konnten seine Arbeitskraft nur vorübergehend beeinträchtigen.

Ende Februar d. J. jedoch warf ihn ein erneuter Anfall seines alten Leidens auf das Krankenlager, es stellten sich bald Symptome von Peritonitis und Darmobstruction ein und, trotzdem auch von aussen Aerzte herbeigerufen wurde, starb er im besten Mannesalter am Abend des 7. März 1902, tief betrauert von allen Anstaltsbewohnern wie auch von der ganzen Umgebung.

Der Verstorbene war vielfach literarisch thätig; er schrieb über: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Geisteskranker“ und einige kleinere Aufsätze, war Mitarbeiter an Eulenburgs Real-Encyclopädie, der „Zeitschrift für Psychiatrie“, des „Centralblatts für Nervenheilkunde“ etc. herausgegeben von Erlenmeyer, des „Archiv für Psychiatrie“ und Referent am Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Dr. *Lontzius*-Beninga.

—

Nekrolog Aleksej Jakowlewitsch Koschewnikow. — Am 10./23. Januar, Abends $10^1/_4$ Uhr, verschied in Moskau im Alter von 65 Jahren der verdiente Professor der Psychiatrie und Neuropathologie der Moskauer Universität, *Aleksej Jakowlewitsch Koschewnikow.* Geboren im Jahre 1836 zu Rjazan, beendete er seine medicinischen Studien an der Moskauer Universität mit Auszeichnung im Jahre 1858 und wurde alsbald als Assistent der therapeutischen Universitätsklinik ernannt, wo er sich hauptsächlich mit dem Studium der Nervenkrankheiten und speciell mit der Erforschung der Duchen'schen Ataxie locomotrice progressive beschäftigte. Im Jahre 1865 machte er an derselben Universität sein Doctor-Examen und vertheidigte, glänzend, seine Dissertation, welche er unter dem oben angeführten Titel geschrieben. Hierauf wurde er auf 2 Jahre zur Vervollkommnung in das Ausland geschickt, um den neu zu eröffnenden Lehrstuhl für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Moskauer Universität einzunehmen. Im Auslande veröffentlichte er seine werthvollen Untersuchungen über den Zusammenhang der Nervenfasern mit den Zellen der Grosshirnrinde und des Kleinhirns. Nach Moskau zurückgekehrt, erhielt er den Lehrstuhl für Psychiatrie und Nervenkrankheiten und lehrte diese beiden Gegenstände während 30 Jahren bis zum Jahre 1899.

Im Jahre 1899 nöthigte ihn seine Erkrankung, die Vorlesungen aufzugeben, doch behielt er für sich die Verwaltung des von ihm gegründeten Neuropathologischen Museums. In den Jahren 1871—1874 las *Koschewnikow* ausser seinen eigentlichen Gegenständen auch die specielle Pathologie. Ausser der Medicin beschäftigte er sich viel mit Zoologie, Anthropologie, Ethnographie und Archeologie, wie auch mit dem Studium der thierischen Parasiten und der vergleichenden Anatomie des Nervensystems der niederen

ler. Aus seinem Special-Gebiet veröffentlichte der Verstorbene eine Zahl werthvoller Forschungen zur Casuistik der pathologischen Anatomie der Nervenkrankheiten. Er unterschied eine Abart der Epilepsie, die Epilepsia continua, auch bekannt unter dem Namen der „Koschewnikowschen“; er beschrieb die neue Krankheit „Diplegia spastica familialis progressiva“; er untersuchte genau den Bau der Nervenzellen bei der sclerotischen Amiotrophie, der Ophthalmoplegie, asthenischen Bulbarparalyse und verschiedene andere. Ausser diesen streng wissenschaftlichen Arbeiten schuf *Koschewnikow* eine ganze Reihe medicinischer Anstalten zur Behandlung Kranker. Ganz besonders hervorgehoben muss es werden, dass er unter der energischen Mithilfe der bekannten Moskauer Wohlthäterin, der Frau W. A. Morosowa, der eigentliche Gründer und Schöpfer der neuen getrennten Universitätskliniken für Psychiatrie und Neuropathologie und dadurch auch der der heutigen Moskauer psychiatrischen Schule wurde.

Im Anschluss an diese beiden Kliniken errichtete er das neurologische Institut, welches nach meinem Dafürhalten wohl das vollkommenste und am besten eingerichtete ist, welches mir bis jetzt bekannt ist.

Auch eine Anzahl von Irrenanstalten entstand in den Moskauer und angrenzenden Gouvernements nach seinen Plänen und praktischen Anweisungen.

Die Moskauer neuropathologische und psychiatrische Gesellschaft, deren permanenter Vorsitzender er war, ist auch seine Schöpfung. Er war Ehrenmitglied aller russischen psychiatrischen und mehrerer ärztlichen Gesellschaften, wie auch Mitglied einiger ausländischen Gesellschaften.

Auch als Mensch war *Koschewnikow* mit ausserordentlichen Eigenschaften begabt; wer ihn persönlich kennen lernte, der musste ihn lieben und achten; ich hatte das Glück, ihn nicht nur zu kennen, sondern ich durfte mich zu seinen Freunden zählen und hatte zu wiederholten Malen Gelegenheit, ihn in seiner Thätigkeit und seinem persönlichem Umgange zu beobachten. In der psychiatrischen Gesellschaft und in den Kliniken war er nicht nur Gründer und Leiter, sondern er war die Seele des Ganzen und hielt Alle und Alles vereint, er machte seinen Wahlspruch „Concordia res parvae crescunt“ im vollen Sinne des Wortes zur That. Nie versagte er Jemandem, der ihn darum anging, seinen Rath und war es nöthig, so griff er auch gern bereit thätig ein. Streng gegen sich selbst, war er ausserordentlich nachsichtig gegen Andersdenkende und deren Ansichten und Meinungen. Seine Bestrebungen und Ziele waren stets edel und gut, nach der Wahrheit strebend.

In *Koschewnikow* hat nicht nur die Moskauer Universität und die psychiatrische Gesellschaft, sondern auch die ganze wissenschaftliche Welt und ganz besonders die russische einen schweren und unersetzlichen Verlust erlitten. (Aus der Rundschau für Psychiatrie und Neurologie, No. 1, 1902, nach Dr. P. Ostaschkow.) Dr. *A. v. Rothe*.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte[1]).

Dem Verein ist ferner beigetreten:

Brandenburgische Landesirrenanstalt zu Landsberg a. d. Warthe, Pr Brandenburg.

Brandenburgische Landesirrenanstalt zu Neuruppin, Prov. Brandenbu

Heil- und Pflegeanstalt für Gemüthskranke „Tannenhof" bei Lüttringhaus Rheinprovinz.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Emil Hougberg*, Ass. d. Irrenanst. Lappvick bei Helsingfors, ist S 1899 zum Director und Oberarzt d. Irrenanstalt zu Pitkanie Finnland, ernannt worden.

Dr. *Richard Henneberg*, Oberarzt der psych. Abtheilung d. Charité in Berl hat sich als Privatdocent an der dortigen Universität,

Dr. *Ernst Bischoff* in Wien an der dortigen Universität als Privatdoce

Dr. *Döllken*, Ass. der Nervenklinik zu Leipzig, an der dortigen Universi habilitirt.

Dr. *K. Rank*, Dir. d. kgl. Heil- u. Pflegeanst. Weissenau, Württ., hat d Titel und Rang eines Medicinalraths,

Dr. *von Krafft-Ebing*, Prof. o. der Psychiatrie an d. Univ. Wien und I der I. psych. Klinik daselbst, hat das Comthurkreuz des Fra Josephs-Ordens,

Dr. *Siemerling*, Prof. o. u. Dir. der psych. Klinik, den Kgl. Kronenord 3. Kl. erhalten.

Dr. *Theodor W. Gessler*, Dir. d. Landesirrenanst. Winnenthal, Württ., s 4. Oct. 1900, ist am 27. Sept. 1901 an Miliartuberkulose, 37 J. a

Dr. *Ch. Erich Oscar Binder*, San.-R. u. seit 1898 Dir. d. Landesirrenan zu Zwiefalten, früher von 1894—1898 dir. Arzt der Flamm'sch Privatheilanstalt, 42 J. alt, an septischer Enteritis von unaufgeklär Genese, am 2. Nov. 1901,

Dr. *Peter Hansen*, San.-R. u. Dir. der Prov.-Irrenanst. bei Schleswig, a 9. März im Tags vorher vollendeten 62. Lebensjahre an Blinddar entzündung,

Dr. *Georg Langreuter*, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Weilmünster, Nass an Gallensteinkolik im 47. Lebensjahre gestorben.

---

[1]) Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben.

Heinr. Laehr.

Casuistischer Beitrag zur Geschichte der Irrenbehandlung im 18. Jahrhundert.

Von

Oberarzt Dr. **Mönkemöller**-Osnabrück.

Der im Nachstehenden beschriebene Fall, welcher den Akten (Rep. XV, Abschnitt 199, No. 8) des Königlichen Staatsarchivs zu Osnabrück entnommen ist und nur einen kurzen Auszug aus dem äusserst umfangreichen Aktenkonvolute darstellt, ist deshalb von allgemeinem Interesse, weil er ein gutes Bild der Anschauungen giebt, die in der Mitte des 18. Jahrhunderts bei Aerzten und Laien über das Wesen der Geisteskrankheiten herrschten. Die praktische Umsetzung dieser Anschauungen in therapeutische Massnahmen zeigt eine gewisse Abweichung von den damals im Allgemeinen herrschenden Principien, die eine nähere Schilderung rechtfertigen, zumal auch über die psychiatrische Begutachtung jener Zeit ein reichhaltigeres Material vorliegt, als es sonst in derartigen Akten der Fall zu sein pflegt.

Bemerkt sei noch, dass der Obergograf in Osnabrück im Wesentlichen die Civilgerichtsbarkeit erster Instanz über alle amtssässigen Unterthanen in seinem Bezirke auszuüben und in Criminalsachen die Untersuchung zu führen hatte. Osnabrück war damals noch ein selbständiges geistliches Fürstenthum.

Am 18. October 1773 beschwerte sich der Domsyndikus und Obergograf Dr. P. in Osnabrück bei den zur Regierung des Hochstiftes allerhöchst verordneten hochwohlgeborenen Freyherren und gnädigen Herren Geheimbden Räthen, sein Vater, der Sekretär P., habe von ihm verlangt, er solle eine dienstliche Reise nach Münster, die er beabsichtigt habe, auf-

geben. Als er erklärt habe, ohne Abbruch der Honneur könne er nic
davon abgehen, habe jener ihn mit Zwang festgenommen, ihm sein
Degen fortnehmen lassen und seine Geldbörse abgenöthigt. Seitdem la
er ihn durch zwei Fremde bewachen und enthalte ihm seine Schlüs
vor. Da die patria potestas erloschen sei, und da er eine separatam oe
nomiam habe, und mehrere Bedienungen bekleide, sei jener zu ein
solchen Vorgehen nicht berechtigt gewesen, wie er auch sonst zu viel
Klagen Anlass gegeben habe. Als Obergograf müsse er gegen alle Gew
protestiren und bäte, eine Commission zu ernennen, welche die Sache unt
suchen und gegen den Beschuldigten erkennen solle.

Daraufhin ertheilte die Regierung dem Vorsitzenden der Justizkanzl
dem Canzleidirector Hartmann den Auftrag, die Sache mit beiden
Vertrauen zu besprechen und den Streit in der Stille beizuthun. D
Sohne solle man ernstlich zu erkennen geben, dass er sich allen billig
Verfügungen seines Vaters zu unterwerfen habe, der Vater hingegen so
Rechenschaft erstatten, warum er von seines Sohnes Privat-Verhaftung nic
rechtzeitig der Regierung Meldung erstattet habe.

Schon am nächsten Tage beschwerte sich der Obergograf in eine
weitläufigen Schreiben über das unglückliche Schicksal, wie es wohl kein
Bedienten seines Standes jemals begegnet sei. Der prostituirlichs
schimpflichste Zimmerarrest sei über ihn verhängt, ohne dass obrigke
liche Personen ihm diesen angekündigt hätten. Der rachegierige Va
handele ohne jede Legitimation. Er wisse nicht, ob die hohe Regieru
ihn in Corporalarrest habe setzen lassen, jedenfalls sei er vorgestern v
zwei Musketiren des löblichen Regiments des Prinzen Friedrich Königlich
Hoheit in Arrest genommen worden. In weitschweifigster Weise mit viel
Unterstreichungen brachte er eine Reihe von Beschwerden und Klag
vor. Am meisten ärgerte ihn das Geschwätz der Musketiere, die ihm je
tägliche und nächtliche Ruhe genommen hätten.

Mittlerweile hatte der Canzleidirector Hartmann seinen Auftrag au
geführt und gab sein Gutachten dahin ab, dass der Obergograf, wie
selbst schon früher bemerkt habe, und wie das Urtheil aller, die in d
letzten Zeit viel mit ihm umgegangen seien, laute, an einer Krankhe
laborire, die er selbst nicht erkenne, und dass deshalb die geplante Rei
für ihn sehr schädlich gewesen sei, sodass der Vater grosse Ursache g
habt habe, ihn nach Möglichkeit daran zu hindern. Drei Medici hätten b
dem Kranken eine Consultation abgehalten und eine einstimmige Erklärun
abgegeben dergestalt:

> dass er, der Obergograf, wirklich mit einer Gemüthskrankheit b
> haftet sei; wegen solcher Krankheit und wegen der damit ordinar
> verknüpften Gefährlichkeiten sei garauss nicht zu rathen, den pa
> tientem absque custodia allein zu lassen. Bis die Krankheit sic
> lege, sei es gar nicht rathsam, eine Unterredung zwischen Vat
> und Sohn zu veranlassen."

Auch der Obergograf war unterdessen nicht müssig gewesen. In einer neuen Beschwerdeschrift, in der er wenigstens vorläufige Entlassung aus der Haft und die Bestallung eines neuen Commissarius verlangte, beklagte er sich heftig, dass ein Unteroffizier den Musketieren untersagt habe, einen Doctor oder einen Juristen zuzulassen. Er habe nämlich seinerseits drei Aerzte veranlasst, ein Gutachten über seinen Geisteszustand abzugeben, die zu folgenden Ergebnissen gekommen seien:

„Auf Verlangen des Herrn Syndici P. haben wir Endesunterzeichneten gemeinschaftlich seine Gesundheitsumstände überleget und von solcher Beschaffenheit gefunden, dass wir allerdings der Meinung sind, dass mit demselben eine gründliche Cur vorgenommen werden müsse, indem Selbiger sowohl am Körper als namentlich am Gemüthe laborire, welches durch ruhiges Verhalten, die gehörige Diät und Arzneien hoffentlich wieder gehoben werden kann."

Osnabrück, den 18. October 1773.

G. W. Dütting, Dr. Wehrkamp, Dr. Feine, Dr,

Der Obergograf schien mit diesem Attestatum nicht ganz zufrieden zu sein, denn er veranlasste die drei Medici auf der Stelle, ihm drei Fragen zu beantworten:

a) „ob die Aerzte meine Gemüthskrankheit von solcher Beschaffenheit befinden, dass sie sagen müssten oder könnten, dass wegen Unsinnigkeit, Raserey oder Tollheit ich durch einen oder gar zwey Männer im Hause müsste bewacht werden.

b) ob es meiner Gesundheit zuträglicher oder schädlicher sein werde, in einige kleine Gesellschaften zu gehen oder zu Hause arretiret zu bleiben.

c) ob sie nach denen mit mir gehaltenen Unterredungen glauben, dass ich nicht imstande sey, denen Geschäfften obzuliegen, mithin, wenn ich mich entschuldigen würde, arbeiten zu verrichten, dieselbe beschworene attestata mir dahin geben würden und könnten, dass ich wegen gemüths Krankheit keinen Geschäfften obliegen kann."

Das Aerztekollegium wich der directen Beantwortung dieser verfänglichen Fragen diplomatisch aus und gab folgendes Gutachten von sich:

„Die vorgelegten Fragen haben wir durchgelesen und halten dafür, dass es von uns weder abhänge noch könne gefordert werden, über moralische Handlungen unser Urtheil zu fällen; wir wünschten indessen, dass der Herr Syndikus belieben möchte, sich dieses gefallen zu lassen, die angefangene Cur fortzusetzen, wozu ein Aderlass unseres Erachtens nöthig wäre, welchen hochderselbe bishero nicht erlauben wollen."

Dies Gutachten kritisirte der Kranke in einem mehrere Bogen langen, von Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen strotzenden Schreiben. Ihm

werde sein Recht vorenthalten: „Wie gross ist nicht notorie die Anzahl Deren Hypochondrischen in dieser Welt, welche wohl weit stärker als ich an besagten malo laboriren, ich weiss aber jetzo keinen, welcher nicht auf freyem Fusse sey, welchem durch rechtliche Massregeln Schutz wider seine Calomnianten und Injurianten versagt wird".

Die ganzen Darlegungen sind mit juristischen Ausdrücken und Wendungen gespickt. Er verlangte eine Zeugenvernehmung, um seine geistige Gesundheit erweisen zu können.

Am 21. October 1773 veranlasste die Regierung eine weitere Prüfung der Affaire durch die Land- und Justizkanzlei. Zwar könne ein solches Verfahren gegen einen landesherrlichen Bedienten ohne Befehl und ohne ordentliche richterliche Untersuchung und Erkenntniss nicht genehmigt werden, doch habe man nicht die Loslassung sofort anordnen mögen. Obgleich der Vater sich in einer Nothlage befunden habe, könne die Regierung sich doch damit nicht beruhigen, sondern halte dafür, es müssten die Ursachen erforscht werden, die ihn bewogen hätten, seinen grossjährigen und in landesfürstlichen Diensten stehenden Sohn unter eine militärische Wache zu stellen und ihm alle Vertheidigungsmittel abzuschneiden, da nicht einmal jede Gemüthskrankheit die Anordnung eines Curators, vielweniger aber eine würkliche Gefangenschaft nothwendig mache, sondern dass dazu solche Handlungen erfordert würden, welche die öffentliche Sicherheit in Gefahr setzten oder vom Richter für zugänglich erkannt seien. Der Vater sei anzuhalten, die Ursachen seines Verfahrens ohne Zeitverlust anzugeben. Der Arrest solle entweder obergerichtlich bestätigt oder der Sohn auf freien Fuss gesetzt werden.

Der Vater gab sofort die gewünschte nähere Motivirung seines Verhaltens. Sein Sohn sei nun zum zweiten Male erkrankt. Er könne absolut keinen Widerspruch vertragen, rathe ihm Jemand gut, so ziehe er seinen Hass auf sich; er drohe ohne Weiteres mit Hauen und Stechen. Alle anderen Mittel hätten versagt, sodass er schliesslich zur Internirung habe schreiten müssen. Da nach ärztlicher Aussage die Bewegung beim Reisen die Gemüthskrankheit vergrössere, habe er diese untersagt.

Die am 25. October von der Justizkanzlei vernommenen Zeugen erklärten, der Obergograf habe zwar gedroht, sie in die Beine zu schiessen, habe diese Drohung aber niemals ausgeführt und keinen Menschen beleidigt. Er habe zwar Pulver und Hagel (Schrot) holen lassen, aber ohne zu sagen, zu welchem Zwecke. Gegen seine Angehörigen habe er sich gar nicht benommen, wie an seinen gesunden Tagen; sie hätten sich vor ihm gefürchtet. In einer Abendgesellschaft war er sehr lebhaft gefunden worden, und hatte viel gelacht. In seiner „in der angehabten blauen Roquelor habenden Tasche hatte er ein Terzerol gehabt", um sich dessen bei Vorfällen zu bedienen. Der Gesellschaft war er sehr gefährlich vorgekommen.

Nach der Aussage der Aerzte litt der Obergograf zwar nicht an Manie,

seine Krankheit könne aber dahin ausarten, wenn die Wache bei ihm bleibe, welche, da Zorn und Ehrgeiz seine vorzüglichste Leidenschaften wären, ihn nothwendig reizen müsste. Wenn ihm von Gerichts oder Obrigkeitswegen befohlen würde, sich eingezogen zu halten, würde er solches wohl annehmen und die Cur ruhiger aushalten, die bei fortwährendem täglichen Verdrusse nicht anschlagen könne.

Der Rath Gruner erhielt daraufhin den Auftrag, den Kranken in Gegenwart der Aerzte zu vernehmen. Auf dessen Relation wurde resolviret, dass, wenn der Obergograf sich schriftlich reversiren würde:

1. dass er Niemanden weder in noch ausser dem Hause Beleidigungen zufügen oder einige Unruhe erregen, auch

2. vorerst und bis auf weiteres Erkenntniss kein Schies oder gefährliches Seitengewehr führen oder auch im Hause haben, vielweniger solches neuerdings ankaufen, ingleichen

3. nach der ihm von seinen Medicis zu ertheilenden Vorschriften sich in allem genau richten, fortan

4. ohne Genehmigung der Canzley keine Reise von hier vornehmen und endlich überhaupt

5. in allen seinen Handlungen sich anständig und gemässigt betragen wolle,

alsdann demselben das nöthige Ausgehen zu gestatten sey. Wenn er dem zuwider handle, sähe die Canzlei sich genöthigt, noch andere Verfügungen zu treffen.

Ohne grösseres Widerstreben gab der Obergograf den verlangten Revers, worauf die Aerzte den Curplan festsetzten:

„Der Herr Syndikus P. sollen seiter einigen Jahren an Symptomatibus hypochondriaco-melancholicis laboriret haben. Die ausserordentliche Lebhaftigkeit in den Handlungen, der bisweilen sich zeigende Zorn und andere Umstände zeigen deutlich an, dass der Kreislauf des Blutes unordentlich geschehe, im Unterleibe sonderlich einige Stockung vorhanden sei, gegentheils der Kreis desselben nach dem oberen Theile stärker und schwache Nerven vorhanden seien.

In Betracht aller Zufälle müssen wir besorgen, dass diese Krankheit ad affectum maniacum, leyder! ausschlagen könne und werde, um desto mehr, je mehr heftige Gemüthsaffecte, sonderlich der Zorn und andere konkurrirende Ursachen admittiret würden.

Indicationes curationis sind unseres Erachtens folgende:

1. das in cerebro zu sehr angehäufte Geblüthe müsse ab und versus partes inferiores geleitet und eine egale circulatio befördert werden,

2. sowohl die materiellen als gelegentliche Ursachen müssen gehoben und verhindert und

3. die geschwächten Nerven in specie in cerebro wieder gestärket werden.

Hierzu würden Aderlässe, geringe Laxantia, pediluvia, diluentia, visceralia, aperientia, temperantia, roborantia vorzüglich dienen.

Die Cur müsste aber durch eine konvenable Diät unterstützet und erleichtert werden.

In Betracht dieses sind alle Dinge zu meiden, welche den Körper und das Geblüth in Wallung setzen und die Nerven noch mehr schwächen, dahero alle heftig angreifenden Gemüthsaffecten, wie auch Pacchi et veneris usus, als welche zwo Ursachen, jede allein oder conjunctim, diese Krankheit erregen können, schädlich seyn werden. Wir müssen demnach eine Gemüthsruhe und abstinentiam concubitus auf eine Zeytlang wohlmeynend anrathen und zwaren letzteres um desto mehr, als der gegenwärtige kränkliche Zustand der Frau Syndikus dieser Ruhe ebenfalls höchst benöthigt ist. Obiges wird zu unserem Zwecke hinlänglich seyn und haben wir es nach unseren besten Wissen und Gewissen hierdurch bezeugen wollen."

Die letzte Zumuthung passte dem Syndikus durchaus nicht. Er zwang seine Frau, sich bei der Justizkanzlei zu beschweren, dass man ihr angesonnen habe, für kurtze Zeit alleine zu schlafen und vom Ehebette zu scheiden. Sie wie ihr Mann hätten dem Herr Comissar einen mächtigen Dissens erklärt. Sie deklarire nochmals, dass sie dieses Separation widerspreche, ihre ehelichen Rechte beybehalte und keine anderen desfallsigen Verfügungen als von dem Vikariat, ihrer geistlichen Obrigkeit, annehme.

Er selbst verwahrte sich in einem langen Schreiben gegen diese separatio a toro, die ihm zu seinem äussersten chagrin von einem protestantischen Commissario, gegen den er auch sonst die schwersten Klagen vorzubringen habe, angesonnen worden sei. In allen seinen Krankheiten habe er mit seiner Frau in einem Bette geschlafen und ihr eheliche Gesellschaft und Hülfe mit Vergnügen geleistet und habe dabei Vernunft und Bescheidenheit beobachtet. Die separatio a toro müsse seiner eigenen Enthaltsamkeit überlassen bleiben, seine Honneur litte dadurch, wenn er sich hierin Vorschriften ertheilen liesse.

Da er den Aerzten, die ihn bisher behandelt hatten, nicht mehr das nöthige Vertrauen entgegenbrachte, zog er einen anderen Arzt, den Dr. Brona, zu Rathe, der ihm folgendes gewundene Gutachten ertheilte:

„Sie haben sehr in mich gedrungen, an Eides Statt ihnen ein Zeugniss von ihren Gesundheitsumständen abzustatten. Diese Beschwerlichkeit für mich wäre dadurch gehoben, wenn ich ihr gewöhnlicher Arzt wäre gewesen, wenn ich dahero Gelegenheit gehabt hätte, den Zustand ihres Körpers deutlicher kennen zu lernen, ihr Temperament und Neigungen hätte untersuchen können und alsdann auch die ihnen eigenen Krankheiten um desto besser bestimmen, dieselben in ihren gantzen Verlauf beobachten und dann daraus Folgerungen machen, eine ordentliche Cur und ein derselben gemässes Verhalten hätte bestimmen können. In dieser mächtigen Ermangelung muss ich mich also mit dem begnügen, was Sie mir davon diskursiter gesagt haben, dass Sie nämlich schwach und hipochondrisch

tten und dass Sie vor dem jetzigen Zustand ihrer Gesundheit niedergeschlagen und zuweilen schwermüthig gewesen wären. Hieraus muss ich mich also bemühen durch Hülfe der Kunst ihnen dasjenige zu beantworten, worüber Sie von mir in ihren jetzigen Umständen ein Zeugniss abfordern, nämlich

1. ob ich Sie für einen Narren erklären könnte,

2. ob ich aus ihren Betragen, aus ihren Reden und Handlungen für nöthig halte, dass man ihnen bewachen müsse,

3. da sie sich ihrer Meinung nach wohl befänden, Lust zum Essen hätten und keine Ungelegenheiten an ihrem Körper spürten, ob Sie demnach krank wären?

Um dieses ordentlich zu verrichten, haben Sie mich zu Ihnen kommen lassen, mir Gelegenheit gegeben, ihnen einige Stunden, da ich zum erstenmale bey ihnen war, zu beobachten und mit ihnen zu reden und dieses zu verschiedenen Zeiten des nämlichen Tages. Sie haben mich begehrt, sie wieder zu besuchen und dieses ist einigemale geschehen, und an verschiedenen Tagen, und nun wollen Sie, dass ich auf obige Punkte antworten sollte, ich thue es hiermit freimüthig, und gestehe aufrichtig, dass Sie, so lange ich bey ihnen war, sich nicht närrisch betragen haben und dass Sie auch wegen aller ihrer Handlungen, so lange ich bey ihnen war, keine Bewachung nöthig hatten.

Nun muss ich ihnen aber auch sagen, dass es Krankheiten giebt, die sich in ihrem Verlauf nicht immer gleich sind, und die, wenn sie eingeschränkket werden, nicht immer in ihren paroxismen übereinstimmen, dass man glauben solte, nicht krank zu seyn, da man es doch wirklich ist.

Sie haben mir zu erzählen beliebt, dass Sie wohl so schwehrmühtig gewesen wären, dass, wenn ihnen nicht die Liebe zu ihren nächsten Angehörigen und Religion zurück gehalten hätten, Sie sich selbst gewalt hätten anthun mögen. Dies ist ein Umstand, woran der Grund in ihrem Körper liegt. Dies ist die Schwäche, das hipochondrische übel, die die Verrichtungen unsers Körpers verderben, den umlauf der Säfte schwächen, dieselben verdicken und daher zu Stockungen und andern übeln anlass geben. Es entsteht daraus nicht selten die Schwehrmuht, melancholia, und wenn diese überhand nimpt, so verwandelt sie sich endlich in eine Raserey, mania. Nun werden alle Verrichtungen des Körpers, die Leibes und Seelenkräfte angestrenget, die Nerven in eine Ausdehnung gesetzet, welche ihre gewöhnliche Norm übersteiget, daher fühlt man nicht, dass man krank ist, und man glaubt im gegentheil, ganz stark und gesund zu seyn, und so gilt es gerade von dieser Krankheit. Wie schwach und elend sind nicht die Kranken, wenn sie das Glück haben, wieder zu sich zu kommen, da fühlen sie erst, dass sie krank waren. Hieraus müssen sie den vorigen Zustand ihres Körpers mit dem jetzigen vergleichen und daraus schliessen, ob sie jetzt der nämliche sind, und in wie weit Sie krank oder gesund

sind. Dies ist, was ich ihnen auf ihr Verlangen auf meine Pflicht und Eid habe sagen und bezeugen müssen.“ 1773. 23. October.

Dieses Attest legte er seinen bisherigen Aerzten vor und fragte sie

1. ob sie bei dem Gebrauche des Pirmonter Brunnens den ihrer Cur an Vertrauten die separationem a tore conjugii vorschrieben,

2. ob bey meinen jetzigen Umständen ich mehr als bei einem ordinaren Gebrauch des Brunnens nöthig sey, mir besagte separation fürzuschreiben,

3. ob mich dieselbe von meinem Temperament der enthaltsamkeit oder der ohnenthaltsamkeit quoad usum vel non usum juris conjugy halten,

4. ob ein Medikus hierunter der angabe seines patienten, welcher seines sinnes oder Verstandes nicht beraubet ist, glauben bey- oder nicht bey zu messen schuldig seye,

5. ob die Veränderung der Lufft und Gesellschaft zu der vorhabenden Cur nützlich oder schädlich seye,

6. ob eine reise mit einer komoden Chaise bey sanfften Fahren nach Münster, Minden, Paderborn oder Hannover meinen körperlichen Zustande schaden müsse,

7. ob nicht die vorzunehmende Cur an besagten Orthen, woselbst ich wohlhabende Verwandte habe, ebenso sicher unter Direction der dortigen berühmtesten medicorum als dabier könne angestellet werden,

8. ob die Dr. Jütting oder Wehrkamp sich entschliessen könnten, mich zu begleiten, und

9, ob nicht Dr. (folgen eine Reihe von Namen von Aerzten in den betreffenden Städten) von meinen status morbi unterrichtet werden können,

10. ob die Begleitung eines Doctoris medicinae nöthig oder eines vernünfftigen Chirurgi hinlänglich seyn würde und welcher Chirurge sich ihres Ermessens dazu schicke.

Umgehend entledigten sich die Aerzte der schwierigen Pflicht, diese Gewissensfragen zu beantworten:

ad 1. Beym Gebrauche des Pyrmonter Brunnens verlangen wir nicht Separatio a toro.

ad 2. Bey Echauffierten aber wünschen und rahten wir abstinentiam a concubitu, angesehen dergleichen Persohnen mehr dazu inkliniren, als gesunde Brunnen-Gäste. Wie aber solches zu bewerkstelligen, müssen wir jetzt gut finden zu überlassen, und sind nicht berechtiget, daran etwas zu entscheiden, noch massregeln zu geben.

ad 3. Der Herr Syndikus haben unseres Erachtens Temperam sanguinescholericum.

ad 4. In diesem Punkt geht die Vernunft über die Lehre.

5. Die Veränderung der Luft und ausgesuchte Gesellschaftem item,

6. gelinde Bewegung sind nicht schädlich,

7. die vorhergehende Antworth.

8. Wir wünschen in angenehmeren Umständen dies zu können.

9. Ein anderer medicus kann leicht status morbi entwerffen auch wollen wir darinn selbigem gern behülflich seyn.

Wir beharren etc.

In einem: „Kurtzem jedoch gründlichen Vortrag der Geschichte und Vorbehalt der weiteren Vorstellung Aussführung mit unterthänig rechts begründete Bitte pro administranda justitia, relaxando tandem arresto corporali et decernenda comissione . . . . in puncto attentatorum spolii et gravissimarum injuriarum mibri illatarum“ beklagte sich der Kranke wenige Tage später, er habe in seinem Arreste die reelle Kenntniss davon erhalten, wie gross in weltlichen Handlungen der Einfluss der politischen Denkung so gar bey denen Herren Medicis seye. Trotz aller seiner vielen Verdienste habe er den Undank der Welt reelement erfahren. Kein Freund habe sich gefunden, der durch christliche Satisfaction als die wahre und eigentliche Medicin denen an ihrer Honneur und guten Nahmen leydenden ihn gestärket habe. Seine Moderation und seinen Glimpf habe man misbraucht.

Sein Vater sei ein gegen seine ganze Umgebung sich überuehmender und sehr gefürchteter Mann gewesen. Wegen des Verkaufes eines Gutes sei er mit ihm in Streit gerathen. Ebenso hätte er mit zwei Domkapitularen in derselben Sache Schwierigkeiten gehabt, und da diese eingesehen hätten, das in via juris sie nicht wider ihn gut fortkommen könnten, hätten sie sich untereinander verabredet, via facti gegen ihn zu verfahren und seinen Vater in ihre Faction gezogen, auch hätten sie ihm bedrohlich insinuiren lassen, dass er Verdriesslichkeiten haben werde. Als er nach Münster gewollt habe, um aller Praeoccupation zuvorzukommen und sich contra viam facti überflüssig sicher zu stellen, hätten seine drey Herren Gegner, beschlossen ihm zu präveniren und mit Gewalt zu arretiren, ihn für einen an dem malo hypochondriae, melancholiae vel maniae stark leydenden Kranken ausszugeben und diese Handlung oder Tragedie unter der Larve der väterlichen Vorsorge und Liebe zu verstecken. Er verlangte die weitere Vernehmung von zahllosen Zeugen über seinen Geisteszustand. Ausserdem sollten 2 Specialkommissare, ein katholischer Geistlicher und ein weltlicher Gelehrter die Sache untersuchen und nach Vorschrift das Rechte erkennen.

Die Regierung hatte sich inzwischen von der Geisteskrankheit des Obergografen überzeugt und beschloss, in der Bewachung eine Abänderung nicht eintreten zu lassen, und die interimistische Verwaltung des Obergogerichtes einem Andern zu übertragen, während ihm die advocaturae patriae vorläufig noch bleiben sollte. Man gab ihm zu erkennen, er habe sich 14 Tage ruhig zu Hause zu halten, sich dort allen Arbeitens und vor Allem des Concipirens, das seine Nerven immer weiter schwäche, zu enthalten und den Vorschriften der Medici ohne Ausnahme genau nachzugehen, widrigen-

falls andere Veranstaltungen getroffen werden müssten. Die Depositengelder wurden ihm abgefordert.

Nach vielen mühsamen Vorstellungen war man endlich mit ihm zu dessen darüber ausdrücklich bezeigter Zufriedenheit eins geworden, dass die Militärwache amovirt werden, dass aber neben dem Bedienten noch ein anderer dem Obergografen anständiger Mensch zu Jedermanns Beruhigung vorerst im Hause als Tagelöhner arbeiten und schlafen solle.

Nachdem der Kranke bis dahin sich ziemlich ruhig gezeigt und den von ihm geforderten Revers gegeben hatte, trat schon bald eine Verschlechterung des Zustandes ein. Seine Frau hatte unter Aufführung unverwerflicher Gründe insgeheim ihre Angst zum Ausdrucke gebracht, dass sie nicht alleine bei ihm schlafen wolle. Die Wache hatte sich bis dahin in einem Vorzimmer des etwas offen gebliebenen Schlafgemaches aufgehalten. Da der Wunsch der Frau mit den Curvorschriften der Aerzte übereinstimmte, wurde er dem Syndikus, der von der Besorgniss seiner Frau natürlich nichts wissen durfte, behutsam mitgetheilt. Mit einer ins Gesicht steigenden Röthe deklarirte er, darin nicht einwilligen zu wollen. Umsonst war der Zuspruch der Aerzte. Da er in seinem Gemüthszustande schlechterdings keinen Widerspruch dulden konnte, erklärte er heftig, ohne Vorwissen eines Geistlichen seiner Religion könne er sich nicht in das Alleinebette fügen. Sofort liess er den Generalvikar kommen und trug ihm die Sache vor. Wider sein Erwarten pflichtete dieser dem Rathe der medicorum bei und suchte dem Kranken auf alle Weise den Gegenstand der Irrung in seiner wahren Gestalt darzustellen und ihn auf nachgebende Gedanken zu leiten. Umsonst musste er sich entfernen, umsonst waren die Bemühungen des von dem Kranken selbst gewünschten katholischen Rathes Müseler, der Obergograf wurde jede Minute heftiger, brach in beleidigende personelle Grobheiten aus und gab endlich auf eine nicht undeutliche Art zu erkennen, man möge sich hinwegbegeben.

Drei Stunden versuchte der Canzleidirector Hartmann am folgenden Tage ihn durch bewegliche Vorstellungen von den traurigen Folgen seiner Krankheit weichmüthig zu machen, er schien gerührt zu werden; sobald die Rede auf die besondere Bettung kam, war nichts mit ihm auszurichten.

Man dachte schon daran, ihn in das Dominikanerkloster in O. zu bringen, woselbst bei einem stillen gesellschaftlichen Umgange die Cur mit Sicherheit vorgenommen werden könnte, man sah aber davon ab, weil der Patient, der solches als eine öffentliche Deklaration einer ihn überkommenden Manie ansehen würde, in förmliche Wuth gebracht werden würde.

Er selbst hatte 5 Geistliche seiner Religion um sich versammelt, um mit ihnen seinen Zustand durchzusprechen. „Ihrer Meinung nach seien weder in dem jure canonico noch in der theologia morali Gründe zu finden, aus welchen stricte loquendo eine Nothwendigkeit der Separation flösse, indessen sey es doch sehr christlich gehandelt, wenn ein Kranker dem

Rathe des medicorum folge". Entschieden erklärte er, er wolle, bis es Gott mit ihm ändern würde, unter der Wache bleiben.

Sämmtliche Betheiligten schienen allmählich die Lust an weiteren psychiatrischen Experimenten verloren zu haben. Was bis dahin nach Kräften verhindert worden war, schlug man nun selbst vor. Man beschloss ihn an einem anderen Orte, wo die bisherigen Gegenstände seines Echauffements von ihm entfernt seien, unter der nöthigen Limitation und der erforderlichen Aufsicht die Cur anheben zu lassen. Im Einvernehmen mit den Verwandten des Kranken fasste man Münster ins Auge, suchte einen in allem Betracht dazu anständigen und geschickten geistlichen Begleiter aus, und schickte zur Erlangung eines konvenablen Logis einen Boten nach Münster.

Der Obergograf, der natürlich mit dem Plane gänzlich einverstanden war, drängte heftig auf Beschleunigung der Reise und verlangte stürmisch die Entfernung der Wache. Ausserdem wollte er denen, die ihn im Arreste besucht hatten, kurze Abschiedsvisiten machen, um zu zeigen, dass er kein völliger Narr sei. Diesen Wunsch durfte er in Begleitung eines Bedienten ausführen.

Er unterzeichnete dann einen Revers, in dem er sich verpflichtete, so lange in Münster zu bleiben, als seine Aerzte es wünschten, nie ohne ihre Genehmigung und nie ohne Begleitung auszugehen und sich überhaupt nach ihren Vorschriften zu richten.

Die Regierung in Münster wurde von der Sachlage verständigt: falls der Obergograf in seinen Handlungen gefährlich werden sollte, sollte der ihn begleitende Jesuitenpater Brönninghaus ein Requisitionsschreiben überreichen, damit der Kranke unter militärische Bewachung gestellt werden könne, wofür der Pater eine Geldvergütung leisten sollte.

Dieser selbst wurde mit einer offenen Instruction ausgestattet, die sich mit dem von dem Kranken unterzeichneten Reverse deckte. In einer geheimen Anweisung erhielt er den Auftrag, falls jener dem Publico gefährlich werden sollte, er alsdann de consilio medici vel medicorum bei der Münsterschen Regierung vermittelst Produzirung des ihm übergebenen Schreibens die Bewachung oder im Falle einer Entfernung von M. die Zurückholung zu veranlassen habe.

Mitte December reiste der Obergograf nach Münster ab. An dem reversirten Gehorsam den Aerzten gegenüber liess er es aber schon in der allerersten Zeit fehlen, sodass man bald daran dachte, ihn bei den Dominikanern oder Barmherzigen Brüdern unterzubringen. Die Regierung zu O. schloss sich diesem Wunsche an und forderte die Münstersche Regierung auf, den Pater dabei zu unterstützen. Ohne Zögern wies diese den Commandanten von M., General-Lieutenant v. Wenge, an, dem Pater eventuell eine Militärwache zur Verfügung zu stellen.

Dem Kranken selbst behagte der Aufenthalt in M. auch nicht besonders. Schon Anfang Januar petitionirte er bei der O. Regierung, wieder zurück-

kommen zu dürfen, um Kosten zu ersparen und die Geschäfte selbst zu respiciren. Die angefangene Cur könne er in O. mit dem nemblichen Effecte fortsetzen. Er stützte sich dabei auf Atteste der beiden ihn behandelnden Aerzte.

Dr. Hoffmann attestirt in einem Schreiben an die Ehefrau des Kranken: „Mit Vergnügen kann ich hier durch melden, dass ich seit 8 Tagen dero Gemahl verschiedene Mal gesehen und gesprochen, und ihn in allen Fällen so gut gefunden, wie man nur wünschen könnte. Er erkennt dass es die Pflicht eines Mannes sey, alsdann nachzugeben, wenn man unrecht hat, aber dass es zu einem sehr klugen Mann gehöret, auch alsdann nachgeben zu können, wenn man recht hat. Gott der Allmächtige gebe, dass dieses vortreffliche Sentiment nie wieder bey ihm erlöschen möge. Wenn der Herr Obergograf bei diesen grossen Gedanken bleiben so sehe ich sein und seiner Familie Wohlfahrt voraus. Nichts hört man mehr von den ihm zugefügten Beleydigungen. Verzeihen, spricht er, sei meine Rache. Und Einigkeit soll hinfüro mein Glück machen. Wenn der niedrig denkende Pöbel seine Ehre darin sucht, sich geräcbet zu haben so will er sie hinfüro in der grösse der Nachgebenheit setzen. Er spricht nicht zu viel, und was er spricht, ist Verstand. In den Comödien, in Gesellschaften behauptet er einen seiner vorzüglichen Bedienung entsprechenden Charakter. Er erkennt, wer er gewesen ist und wer er jetzt ist. So weit gehet dasjenige, was ich an ihm habe entdecken können. Ich sähe es jetzt sehr gerne, wenn Euer Wohlgeboren herüber kämen und die Sache selbst erforscheten. Er wünschet bey den seinigen in Osnabrück zu seyn, verspricht daselbst die angefangene Cur fortzusetzen und bezeuget einen Widerwillen, hier unnöthige Kosten zu machen. Ich kann in diesen Stücken weiter nichts thun, als Ew. Wohlgebohren hiervon aufrichtige und getreue Nachricht zu geben. . . . . So wie ich dieses Schreiben geendigt, gebe ich es dero Gemahl zu lesen, und dieser hat den inhalt desselben allenthalben erwogen, auch versichert, dass selbiger mit seiner jetzigen Denkungsart übereinkommen.“

In ähnlicher Weise spricht sich der zweite Arzt Dr. Saalmann aus: „Dero Gemahl Vortrag ist vernünftig und gerecht und wird es meines Ermessens nach kein Bedenken haben, dass es für hochdessen Gesundheit viel vortheilhafter seyn würde, wenn hochderselbe zu O. bey seiner Frau Gemahlinnen wäre und mit hochderen Beyrath Diät und Medicin getreu gebrauchten, auch sich von grossen Geschäfften enthielten“.

Die Regierung zu O. entschied sich dafür, dass, wenn er einen mit Pettschaft versehenen zuverlässigen Schein beybringe, dass die Aerzte zu seiner völligen Herstellung seine Abreise von Münster für nöthig erachteten und sich schriftlich verpflichte, in O. ruhig nach Vorschrift seines Medicorum in allen Stücken zu leben, mithin auf eine anständige Art gegen jeden betragen wolle, so solle dem Befinden nach weiter erkannt werden.

Leider scheinen die beiden Aerzte den Dissimulationsgelüsten des Obergografen zum Opfer gefallen zu sein.

Einige Tage nachher meldete der Pater Brönninghaus, der Kranke habe gegen ihn einige ehrenrührige Aufsätze nach Cöln zur Einsendung in die dortigen Zeitungen gesandt, die diese aber für bedenklich gehalten und nicht veröffentlicht hätten. In Hamburg war ihm seine Absicht besser gelungen und dieser Aufsatz wurde in das vierte Stück des dortigen Relationskouriers eingerückt. Pater B. stellte der Canzley anheim, ob nicht zur Rettung seiner unschuldig gekränkten Ehre dagegen ein anderes Inserat von Obrigkeitswegen öffentlich bekannt zu machen sey.

Das Inserat, das im Original beigefügt ist, lautete:

„Da der Pater der vormaligen Jesuiten-Societät Namens Bröninghausen, aus unerdenklichen bösen Absichten sich erdreistet hat, einen angesehenen in mehreren Bedienungen zu Osnabrück stehenden Herrn in Münster fast allen Credit zu benehmen und in mehreren angränzenden Landen desselben Ehre und guten Namen auf das Empfindlichste anzugreifen, als wird das vernünftige Publikum gewarnt, den besagten Verläumdungen keinen Glauben beyzumessen und gebethen, von solcher boshaften Handlung sich von Osnabrück gründlich unterrichten zu lassen. Ein Exemplar dieser Zeitung (auch der Hamburger unpartheische Correspondent hatte das Inserat veröffentlicht) schickte er dem Rector des Jesuitenkollegiums in O., mit der Drohung, es sollte sich diese Veröffentlichung zur Warnung dienen lassen. Auch forderte er das Collegium auf, es solle mit gleicher Bedeutung seiner Ehefrau die Zeitung zustellen und verlangte vom Briefträger, er möge die Avertissements bekannt machen.

Tiefgekränkt bat die Osnabrücksche die Münstersche Regierung, sie möge doch dem Obergografen alle Gelegenheit zum Schreiben entziehen, oder doch wenigstens, wenn die Aerzte das nicht für dienlich erachteten, alle Briefe an seine Frau einschicken.

Gleichzeitig schrieb sie unter Schilderung der Sachlage an den Bürgermeister und Rath der Stadt Hamburg, dass sie mit der grössten Befremdung gelesen habe, wie die Ehre des Paters durch einen äusserst kränkenden Aufsatz verletzt worden sei. „Nun ist uns zwar die Verfassung des dortigen Zeitungswesens unbekannt, indessen mögen wir doch nicht verhehlen, wie es uns ungemein dreist vorkomme, dass die Zeitungsschreiber einen solchen Aufsatz, der ihnen von einer unbekannten Person und unter einer unbekannten Hand zugeschickt worden, ohne vorherige weitere Nachfrage ins Publikum zu verbreiten wagen, vermessen dergestalt ein nichtsnutziger Mensch, allenfalls mit Erborgung eines falschen Namens, angesehene Männer unter dem Vorschube eines solchen Zeitungsschreibers vor den Augen der ganzen Welt unbestraft zu verlästern sich erkühnen könnte. Die Prüfung überlassen wir den Herren, halten aber dafür, dass die Zeitungsschreiber wenigstens zu einer öffentlichen Widerrufung verbunden seien.“

Der Magistrat von Hamburg hielt gleichfalls dafür, dass dergleiche verfängliche Kundmachungen als ein nicht zu billigendes und unbedacht sames Verfahren der Zeitungsschreiber zu bezeichnen seien. Den gedachte Zeitungsverfassern sey nicht nur mittels ernstlichen Verweises das Missfalle zu erkennen gegeben, sondern auch auferleget worden, zur Tilgung alle widrigen Eindruckes den Widerruf aufzunehmen. Wie und welchergestal diesem injuncto gehorsämlich gelebet sey, solches ergäben die Abdrück des Relationskouriers vom 27. und des Hamburgischen Correspondente vom 28. Januar 1774.

„Da in dem diesjährigen 7ten Stück des Hamburgischen Correspon denten ein Aufsatz wieder den hiesigen Pater Brönninghausen abg druckt worden, in welchem dessen Ehre auf das Empfindlichste angegriffe war, der Inhalt dieses Aufsatzes aber völlig ungegründet ist und solche sich von einem Manne herschreibt, der an einer besonderen Gemüths krankheit laboriret und in diesem Zustande denselben abgefasst ha so wird solches zur Steuer der Wahrheit hierdurch öffentlich bekann gemachet.“

In zahlreichen Bitt- und Beschwerdeschriften an die Regierungen z O. und M., an den Erzbischof von Cöln traten nun die Verfolgungs- un Beeinträchtigungsideen des Kranken immer stärker hervor, bis der Regierun in O. endlich der Geduldsfaden riss und sie ihn bedeutete, er habe sic des theils unanständigen, auch überflüssigen, seiner Gesundheit nur schäd lichen ferneren Schreibens vorerst zu entäussern, mithin zur Beförderun seiner Gesundheit sich ruhig zu verhalten.

Die M.'sche Regierung schien ihrerseits von dem Aufenthalte de Kranken in ihren Mauern keine ungemessene Freude zu empfinden. Si erwiderte der O.'schen Regierung, sie könne dem Kranken die Gelegenhe zum Schreiben nicht entziehen oder beschränken, es sey denn, dass eingesperret werde. Inzwischen könnte sie nicht bergen, dass ihm de Aufenthalt in Münster vielmehr schädlich als zuträglich seyn dürfte, wofer ihm nicht ein anderer geschickter Mann, gegen den er Liebe und Rück sicht habe, beigegeben würde.

Unterdessen hatte der Vater seinen ältesten Sohn, den Dechanten de Collegialstiftes zu St. Johann, nach Münster geschickt, um für eine ande weitige Unterbringung des Kranken zu sorgen. Die Briefe des Kranke ergäben, wie die O. der M.sche Regierung schrieb, dass seine Gemüths krankheit mehr zu als abgenommen habe und er die heftigen Ausbrüch des Hasses und der Rache weiter nähre. Sie hielte es für zweckmässi wenn er in einem Kloster oder in ein sonstiges anständiges konvenable Haus in oder ausserhalb M. unter vernünftige Aufsicht gethan, ihm al Gelegenheit, sich oder Andern zu schaden, vorsichtig entzogen, mithin zum ordentlichen Gebrauche der ihm vorgeschriebenen Arzney auf ein billige Art angehalten werde.

Sie hofften und glaubten jedoch, dass die Umstände seiner Krankheit annoch es nicht erforderten, ihn als einen verum maniacum nach einem Orte bringen zu lassen, wo dergleichen unglückliche Personen mit empfindlicher Härte behandelt zu werden pflegten. Zur Durchführung etwaiger eingreifender Massregeln wurde die Hülfe der M. Regierung freundnachbarlichst erbeten. Daraufhin erfolgte seine Unterbringung bei den Barmherzigen Brüdern. Sehr sicher scheint seine Bewachung nicht gewesen zu sein. Er fand sehr bald Gelegenheiten, seine alten Bitten und Klagen zu erneuern und brachte schliesslich ein Gesundheitsattest des Apothekers bei, aus dessen Officin er seine Medikamente entnommen hatte.

„Ich . . . als naher Nachbar habe mit dem Obergografen oftmahls gesprochen und fast täglich gesehen, aber an ihm nicht die geringste Veränderung des Gemüthes oder Verstandes bemerkt, hingegen nach allen von demselben geführten Diskursen und Handlungen den Herrn Obergografen für einen vernünftigen Mann und tiefen Gelehrten gehalten. Zur Bestätigung des in Kraft des von mihr als geschwornen Mediko ausgestelleten Zeugnisses, dass nach des Herrn Obergografen hypochondrischen Umständen ich dafür halte, es werde derselbe zu grossem Nachtheil seiner Gesundheit in Stadt- und Hausarrest gehalten und ihm die Freyheit, zu den seinigen nach O. zurückzukehren genommen, habe ich dieses eigenhändig geschrieben." Dr. Wilberding.

Trotzdem wurde er vorläufig unter der Obhut der Barmherzigen Brüder belassen, vor Allem auf das Attest der beiden ihn behandelnden Aerzte hin:

„Dass der Herr Syndikus zu der Zeit, wann er die ihm verordneten Arzneien gebraucht und den Wein zurückgelassen hat, sich in Ansehung seines Geistes so wohl befunden, wie man nur wünschen konnte, hingegen aber alsbald wieder eingefallen sei, wenn er die Arznei zurückgelassen und Wein getrunken, wissen wir nicht allein aus wiederholten Beobachtungen, sondern es ist dieses auch allen bekannt, welche mit ihm umgegangen sind. Unterweilen ist es aber geschehen, dass er garaus keine Arznei hat nehmen wollen und so sind jetzt die letzten Wochen hingeschlichen. Wir sehen also, um ihm seine Gesundheit wieder zu verschaffen, kein anderes Mittel, als ihn in solche Umstände zu versetzen, dass er die ihm vorgeschriebenen Arzneien die gewöhnliche Zeit fortsetzen und dabei den Wein meiden muss. Wir misbilligen daher den Vorschlag, ihn der Aufsicht der Barmherzigen Brüder zu unterwerffen, keineswegs, ja wir sehen dieses als ein Mittel an, den gehörigen Endzweck zu erhalten.

Im April 74 schlug dem Obergografen die Erlösungsstunde. Die Aerzte sowohl wie die barmhetzigen Brüder hatten seine zunehmende Besserung gerühmt und hielten einstimmig dafür, dass ein längerer Aufenthalt zu M. seiner Gesundheit mehr schädlich als zuträglich seyn würde. Er engagirte sich schriftlich, auf einige Zeit noch die Medizin einzunehmen und sich sonst noch nach den ärztlichen Vorschriften zu richten. Darauf

implorirte der Vater gehorsamst die Regierung, den bisherigen über ihn verhängten Stadt- und Hausarrest zu relaxiren, mithin ihm zu gestatten, nach O. zu returniren. Die Regierung hatte nichts dagegen.

Im September suchte er darum nach, man möge ihm die Verwaltung des Obergogerichtes wieder anvertrauen.

Nachdem die Justizkanzley, die ihm schon im Juli des Jahres die Bearbeitung einer Sache als advocatus patriae übertragen und an dem von ihm gelieferten Aufsatze nichts auszusetzen gehabt hatte, ihre Zustimmung dazu ausgesprochen hatte, wurde er in seine alte Würde wieder eingesetzt.

Der Kranke hat offenbar an einer Paranoia persecutoria gelitten, die einen ausgesprochenen querulirenden Charakter trug. Mit Rücksicht darauf, dass er zum zweiten Male in derartiger Weise erkrankte und nach verhältnissmässig kurzer Zeit wieder zur Genesung gelangt, lässt sich vermuthen, dass eine recidivirende oder periodische Form vorlag. In der Aetiologie wird wohl der chronische Alkoholismus eine gewisse Rolle gespielt haben, wenigstens wurde ihm der Wein verboten und es wird von Verschlimmerungen in seinem Befinden berichtet, sobald er sich in dieser Beziehung über die Vorschriften der Aerzte hinwegsetzte. Das hervorstechendste Symptom der Krankheit, seine Sucht zum Queruliren, das die Akten zu unheimlicher Dicke anschwellen liess, fand eine starke Begünstigung in der Langmuth sämmtlicher Betheiligten, vor Allem der Regierung, die mit rührender Geduld auf alle Wünsche und Klagen, welche er mit selbstquälerischem Behagen in verworrener Weise vortrug, einging. In der schwülstigsten Weitschweifigkeit, der unübersichtlichen Anordnung, den zahllosen Unterstreichungen, den häufigen Berufungen auf Gesetzesstellen und der Verwendung juristischer Ausdrücke — auch am falschen Orte —, stehen sie den Elaboraten der heutigen Querulanten in keiner Weise nach. Als man nicht mehr so grossen Werth auf seine Schreiben legte und seine literarische Ader unterband, strömte der Quell seiner Querelen langsamer und versiegte schliesslich.

Die Nachsicht, mit der man ihm entgegenkam, findet ihre letzte Erklärung wohl sicher in der hohen Stellung des Kranken, der einer der angesehensten Familien Osnabrücks entstammte. Wäre dem nicht so gewesen, so wäre er zweifellos sehr bald im Zuchthause zu Osnabrück untergebracht worden, wie man ja in jener Zeit, in der man überhaupt in dieser Beziehung nicht an übergrosser Sentimentalität litt, mit derartigen gemeingefährlichen Kranken

wenig Federlesens machte. So aber suchte man Alles zu vermeiden, was die Stellung des Kranken erschüttern konnte. Auffällig ist, dass man einem Manne, der schon früher einmal geistig krank gewesen war und beinahe ein Jahr an einer so schweren psychischen Erkrankung gelitten hatte, den verantwortungsvollen Posten des Obergografenamtes wieder anvertraute und sogar auf der Höhe der Krankheit ihm die Advocatura patriae liess.

Schliesslich allerdings, als der Kranke die Nachsicht der Regierung nur durch fortgesetztes Queruliren lohnte, that sie das, was auch heutzutage in manchen wohlgeordneten Verwaltungen vorkommen soll, man überliess ihn neidlos der Nachbarstadt und ordnete aus gesicherter Ferne die Sicherheitsmassregeln an, die man in der Nähe gescheut hatte.

Die ärztlichen Gutachten sind zum grössten Theile allerdings dem damaligen Stande der psychiatrischen Wissenschaft entsprechend etwas schwülstig, trotzdem aber immerhin verständig und sachgemäss abgefasst. Bedenkt man, dass sie meist auf Veranlassung des gespannten und erregten Obergografen und unter dem Drucke seiner Gegenwart zu Stande kamen, so kann man den würdigen Medicis jener Zeit die Anerkennung nicht versagen, dass sie ihre Meinung muthig und ohne Scheu zum Ausdrucke brachten. Dass sie dabei etwas weitschweifig wurden und in manchen Punkten wie die Katze um den heissen Brei herumgingen, wer mag es ihnen verdenken, und wer wird die knappe Kürze, die bestimmte Ausdrucksweise und die Unfehlbarkeit in der Diagnose und Prognose verlangen, welche in dem irrenärztlichen Gutachten unserer Zeit so wohlthuend berühren.

Das Milieu, in welchem der Kranke sich bewegte, findet auch weiterhin seinen Ausdruck in dem Hereinspielen der religiösen Momente in die Behandlung der ganzen Angelegenheit. Auf dem Boden des Osnabrückischen Hochstiftes waren die Wellen des konfessionellen Haders immer besonders hochgegangen, die Gegenreformation hatte ihre Thätigkeit dort in ganz besonderem Umfange entwickelt, und der Wechsel zwischen geistlicher und weltlicher Herrschaft war nicht weniger dazu angethan, diese Gegensätze zu verschärfen. Und so werden wir es kaum verwunderlich finden können, dass der Kranke der Objectivität der evangelischen Aerzte und Regierungsvertreter nicht traute und einen katholischen

Regierungsvertreter verlangte. Einen etwas tragikomischen Aus-
druck findet dieses religiöse Moment in dem Streite über die
geforderte sexuelle Abstinenz. Im Uebrigen muss rühmend hervor-
gehoben werden, dass die Geistlichkeit sich in der ganzen Sache
durchaus correct benahm, selbst als sie in der Stärke von fünf
Mann ohne Anwesenheit der Aerzte mit ihm parlamentirte.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, dem König-
lichen Archivar Herrn Dr. *Merx* für die freundliche Unterstützung
bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Ueber Gedächtnissstörung in zwei Fällen von organischer Gehirnkrankheit.

Von

Paul Nitsche,

z. Z. Assistenzarzt an der städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.[1])

Die beiden hier zu beschreibenden Fälle von Gedächtnissstörung wurden bei Kranken der psychiatrischen Klinik zu Göttingen beobachtet. Herr Professor Dr. *Cramer* hatte die Güte, sie mir zur Besprechung in einer Dissertation zu überlassen. Sowohl für diese Bereitwilligkeit als auch für die mannigfache Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit erlaube ich mir, Herrn Professor Dr. *Cramer* noch besonders an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen. Auch Herrn Oberarzt Dr. *L. Weber* in Göttingen, der mir mit Rathschlägen gütigst zur Seite gestanden hat, bin ich zu lebhaftem Danke verpflichtet.

Mit dem ersten Kranken habe ich mich selbst beschäftigt. Ich untersuchte sein Gedächtniss nach der neuen von *Ranschburg* angegebenen Methode zur Prüfung der Merkfähigkeit; daneben stellte ich andere Versuche mit ihm an; endlich standen mir die von dem Herrn Stationsarzte gemachten und in der Krankengeschichte niedergelegten Beobachtungen zur Verfügung. An der Untersuchung des zweiten Kranken habe ich gar nicht Antheil genommen; er hatte die Klinik bereits verlassen, als mir der Untersuchungsbefund übergeben wurde. Die *Ranschburg*'sche Methode konnte hier nicht angewendet werden, da sie erst nachher, Anfang April 1901 publicirt wurde.

---

[1]) Aus der psychiatrischen Universitätsklinik zu Göttingen. (Prof. *Cramer*.)

Unter Gedächtniss verstehen wir die psychische Fähigkeit, von Wahrnehmungen Erinnerungsbilder niederzulegen, eine Zeit lang festzuhalten und auf associativem Wege ins Bewusstsein zu rufen.

Man unterscheidet demnach ganz allgemein zwei Componenten der Gedächtnissfunction: die Merkfähigkeit und das Reproductionsvermögen.

Finden wir nun in dem Erinnerungsschatze eines Kranken Lücken, so ist zunächst zu erwägen: liegt hier eine wirkliche Gedächtnissschwäche vor? oder wird sie nur vorgetäuscht durch verminderte Aufmerksamkeit? sind die Erinnerungen vielleicht nur deshalb mangelhaft, weil der Kranke abnorm wenig wahrnimmt? — können wir aber diese letztere Möglichkeit ausschliessen, oder machen andere Umstände eine zugleich bestehende Gedächtnissstörung zweifellos, so ist weiter zu entscheiden, ob der Patient gar keine Erinnerungen niederlegt, bezw. sie zu rasch wieder verliert, ob also seine Merkfähigkeit geschädigt ist; oder ob er nicht im Stande ist, die thatsächlich erworbenen und noch vorhandenen „latenten" Erinnerungsbilder (*Ziehen*) wachzurufen, ob sein Reproductionsvermögen gestört ist.

Nach diesen orientirenden Vorbemerkungen gehen wir zur Betrachtung der beiden Krankheitsfälle über.

Erster Fall. Der Kranke leidet wahrscheinlich an Dementia paralytica. Vor längeren Jahren hat er Gonorrhoe, Syphilis dagegen nie gehabt. Er ist ein gebildeter Mann von 52 Jahren, Kaufmann, und hat ein Realgymnasium bis Obersekunda besucht. In den letzten Jahren hatte er verschiedene Stellen als Versicherungsbeamter inne. Im October 1900 wurde er plötzlich verwirrt, lief ohne Grund von Hause fort und blieb einmal einen Tag und eine Nacht aus, sodass er mit Hilfe der Polizei gesucht und nach Hause gebracht werden musste. Bald darauf wollte er nach der Stadt G. reisen, um sich um eine Stelle zu bewerben. Thatsächlich fuhr er jedoch nach Münster zu Verwandten, behauptete aber nach seiner Rückkehr, in G. gewesen zu sein. In der letzten Zeit vor seiner Aufnahme in die Klinik, die am 3. April 1901 erfolgte, war er klar, sehr still und sehr vergesslich, weinte viel. Auch bei der Aufnahme war er ruhig, geordnet und in weinerlicher Stimmung.

Status praesens. Der Kranke ist ein gesund aussehender Mann von mässigem Panniculus adiposus und guter Muskulatur. Der Lidschluss geschieht gleichmässig unter starkem Zittern. Die Augenbewegungen sind frei; beim Seitwärtsblicken tritt beiderseits mässiger Nystagmus auf. Die Pupillen sind bei mässiger Tagesbeleuchtung mittelweit, die linke etwas enger als die rechte (nach Angabe des Patienten, der davon weiss, scho

seit längerer Zeit). Die rechte Pupille reagirt auf starken Lichteinfall nur mit geringer Erweiterung, wobei sie sich quadratisch verzieht; mit künstlichem Licht lässt sich dagegen eine geringe Verengerung erzielen. Die linke Pupille verengert sich beim Einfall von Tageslicht mässig und verzieht sich dabei ovalär. Beiderseits ist die akkomodative Pupillenreaction erhalten.

Der Facialis wird auf beiden Seiten gleichmässig aber schlaff innervirt.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt.

Das Zäpfchen hängt gerade und wird, ebenso wie die Gaumensegel, gleichmässig gehoben.

Die mechanische Erregbarkeit der Brustmuskeln ist normal, die der Armmuskulatur gesteigert. Auch die periostale Reflexerregbarkeit ist vermehrt.

Die Bauchdeckenreflexe sind lebhaft, die Patellarreflexe beiderseits gleichmässig erhöht, während die Plantarreflexe normal gefunden werden. Fussklonus ist angedeutet.

Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt starkes Schwanken ein, das beim Erheben auf die Fussspitzen noch vermehrt wird. Der Kniehackenversuch gelingt auch bei geschlossenen Augen. Es besteht geringer Tremor der ausgestreckten und gespreizten Finger und mässiger Intentionstremor.

Der Gang ist regelmässig.

Die Sprache im allgemeinen deutlich, lässt nur bei schwierigen Worten Konsonantenstolpern und Silbenauslassen erkennen.

An den inneren Organen wird nichts Abnormes gefunden. Die Sensibilität und das Lokalisationsvermögen sind für alle Stellen der Haut erhalten.

Ataxie besteht nicht.

In seinem psychischen Verhalten ist sich der Patient während der Beobachtungszeit, d. h. während der ersten vier Wochen nach der Aufnahme, immer gleich geblieben. Er ist stets ruhig, in seinem Benehmen geordnet, sauber, verletzt nie die Gesetze des guten gesellschaftlichen Verkehrs. Ueber Zeit und Ort ist er orientirt, nur bleibt er in der Angabe des Datum immer um einige Tage zurück. Er weiss, dass er sich in einer psychiatrischen Klinik befindet, und ist damit einverstanden, da er nervenkrank und sehr gedächtnissschwach sei; doch hofft er, bald wieder entlassen zu werden. Seine Stimmung ist im allgemeinen nicht alterirt. Doch zeigt sich der Kranke leicht reizbar und von einer gewissen Rührseligkeit. Da er sich über Langeweile beklagt, wird er mit kleinen Schreibarbeiten beschäftigt, die er gerne und ordentlich ausführt. Oft spielt er mit anderen Kranken Billard und andere Spiele. Dabei fällt auf, dass er die Namen dieser Kranken nicht kennt. Fragt man ihn darnach oder verlangt man Auskunft über die Persönlichkeit seiner Mitkranken, so erklärt er, er achte darauf nicht.

In der That fällt eine gewisse Interesselosigkeit, ein Mangel an Theilnahme gegenüber den Vorgängen in seiner Umgebung auf.

In der Aufnahme von Sinneseindrücken und ihrer Verarbeitung zu Vorstellungen besteht keine Störung. Die Intelligenz des Kranken hat nicht nachweisbar gelitten. Er beurtheilt sich und seine Umgebung, soweit er ihr Aufmerksamkeit schenkt, richtig; auch vermag er seinen Lebenslauf in Kürze, aber geordnet aufzuschreiben. Einfache Rechenaufgaben löst er: 39 — 18 = 26. 129 + 80 = 209.
5 × 17 = 85. 126 : 6 = 21.

Dagegen versagt er bei schwereren Multiplikationsexempeln. Giebt man ihm auf, 209 × 16 zu rechnen, so erklärt er, dies sei ihm zu schwer.

Zu den erwähnten psychischen Anomalien der Reizbarkeit, Rührseligkeit und Interesselosigkeit gesellt sich nun als das auffallendste psychische Symptom eine Gedächtnisstörung, deren sich der Kranke, wie erwähnt, bewusst ist. Auf sie soll nun näher eingegangen werden.

Zunächst will ich eine Reihe theils von dem Abtheilungsarzte, theils von mir gemachter Beobachtungen mittheilen, um einen Ueberblick über das Object unserer Untersuchungen zu geben. Darnach sollen die Ergebnisse eingehenderer Untersuchungen folgen.

Der Kranke giebt Datum und Wochentag meist annähernd richtig an; fragt man nach der Jahreszahl, so nennt er oft 1891, korrigirt sich aber sofort, wenn man ihn auf den Fehler aufmerksam macht. Auch über die Tageszeit ist er meistens unterrichtet, er berechnet sie immer nach den Mahlzeiten, deren er sich stets erinnert. Dagegen giebt er die Dauer seines Aufenthaltes in der Klinik regelmässig zu kurz an; seine Angaben schwanken zwischen 5 und 10 Tagen, überschreiten aber die letztere Frist nie. Noch 4 Wochen nach seiner Ankunft behauptet er, erst seit 8 Tagen dazusein. Woher er gekommen ist und dass ihn sein Bruder hergebracht hat, weiss er; nur einmal sagt er, seine Frau habe ihn begleitet. Ueber sein Alter und seine Familienverhältnisse ist er im Klaren. Dagegen sind ihm verschiedene wichtige Ereignisse seines Lebens entfallen. Er weiss nicht, dass er zu Beginn seiner Erkrankung von Hause fortgelaufen ist; auch dass er sich damals um eine Stelle in G. hat bewerben wollen, thatsächlich aber nach Münster gereist ist, hat er vergessen. Wann er geheirathet hat, vermag er nicht ohne weiteres zu sagen; er muss es erst nach dem Alter seines Kindes, das ihm gegenwärtig ist, berechnen. Die Namen des Stationsarztes und des Verfassers behält er erst nach vielen Tagen, obgleich er Beide täglich sieht und oft nennen hört. Den Namen seines Wärters dagegen, mit dem er beständig zu thun hat, kennt er. Wie wenig er seine Mitkranken kennt, wurde schon erwähnt. — Obgleich der Kranke schon 8 Tage in der Klinik ist, ist er nicht fähig, die einzelnen Zimmer seiner Abtheilung und ihre Lage zu einander zu schildern. Er

führt beständig ein Notizbuch mit sich, in das er alle Wünsche und Klagen, die er dem Arzte unterbreiten will, sowie anderes Merkenswerthe einschreibt. — Gelegentlich klagte er mittags über Schwindel und Kopfschmerz und erhielt vom Arzte auf seine Bitte die Erlaubniss, zu Bette gehen zu dürfen. Am Vormittage war mit ihm eine Gedächtnissprüfung vorgenommen worden. Zur Essenszeit nahm er im Bette einen Teller Suppe. Darauf schlief er einige Zeit. Als er nachmittags erwachte, glaubte er, es sei vormittags 10 Uhr, er habe noch nichts gegessen und sei heute länger im Bette geblieben, weil er Langeweile habe. Nun wurde wieder eine Gedächtnissprüfung vorgenommen, wobei er zu Bette lag; der Untersuchende sass zu seiner Rechten. Am nächsten Morgen traf der Arzt den Kranken ausser Bette und frühstückend an. Zwei Stunden später fragte er ihn: Lagen Sie heute früh bei meiner Visite noch im Bett? — „Ja, ich frühstückte, und Sie sassen rechts von mir; Sie rückten den Nachttisch zur Seite". Die beiden letzten Angaben sind irrig, ebenso die, dass er bei der Visite noch gelegen habe; nur dass er gefrühstückt habe, ist richtig. Bei den falschen Angaben hatte der Patient offenbar die erwähnte Gedächtnissprüfung vom Nachmittage zuvor im Sinne.

Wenn wir auf Grund dieser Beobachtungen das Studium der Gedächtnissstörung beginnen, so fragen wir also zuerst, ob die Aufmerksamkeit des Kranken normal ist. Die Antwort ist schon gegeben. Aus der allgemeinen Interesselosigkeit des Patienten folgt, dass auch seine Aufmerksamkeit vermindert sein muss. Diese Verminderung durch Versuche zu erweisen, stiess auf Schwierigkeiten, da in anbetracht der Gedächtnissschwäche die Resultate meist zweideutig waren. Eine Beobachtung jedoch dürfte in dieser Hinsicht einwandsfrei sein und thatsächlich die Herabsetzung der Aufmerksamkeit beweisen.

Der Patient wurde an's Fenster geführt, aufgefordert hinauszusehen und einen vorgesagten Satz nachzusprechen. Der Satz war eine Erläuterung der sich von dem Fenster aus darbietenden Aussicht und lautete:

Wenn man hier zum Fenster hinausblickt, sieht man hinter der Mauer das Haus des N. N., weiter das grüne Leinethal, dahinter ein Dorf namens Geismar und am Horizonte zwei Berge, genannt die Gleichen.

Unmittelbar darauf sagte der Patient:

„Wenn man hier zum Fenster hinaussieht, sieht man das Haus des N. N., die grüne Bleiche, Geismar".

Dass der Kranke den Wortlaut des Satzes nicht behalten konnte, kommt auf Rechnung seiner Gedächtnissschwäche, und zwar der verminderten Merkfähigkeit. Wäre aber seine Aufmerksamkeit normal, so hätte er beim Anhören des Satzes bemerkt,

dass in ihm die Hauptpunkte der Landschaft beschrieben werden, und es wäre ihm leicht gefallen, wenigstens den Sinn des Gesagten richtig wiederzugeben.

Die Herabsetzung der Aufmerksamkeit des Patienten hat also zur Folge, dass er von den Vorgängen seiner Umgebung von vornherein schon weniger wahrnimmt, als ein Normaler. Infolgedessen muss auch die Zahl seiner Erinnerungen, verglichen mit der eines Gesunden, entsprechend vermindert erscheinen. Wie weit sich der Einfluss dieses pathologischen Momentes erstreckt, lässt sich ungefähr erst beurtheilen, wenn wir den Grad der Gedächtnissstörung selbst werden kennen gelernt haben.

Was nun die Merkfähigkeit des Kranken anlangt, so ist ihre Verminderung aus den bereits mitgetheilten Beobachtungen ersichtlich. Der Patient hat von vielen Wahrnehmungen, die er während seiner Krankheit gemacht hat, gar keine Erinnerungsbilder niedergelegt oder, wenn es geschehen ist, sie nur abnorm kurze Zeit festgehalten.

In auffallender Weise hat zunächst das Vermögen Namen, überhaupt Worte zu merken, abgenommen. Er behält nur die Namen, die er sehr oft hört oder selbst ausspricht.

Einmal wurde dem Kranken ein Blutdruckmesser gezeigt und gefragt, ob er das Instrument kenne. Er erklärte, „damit sei neulich sein Puls gemessen worden“. Es wurde ihm nun der Name des Instrumentes genannt mit der Aufforderung, ihn sich zu merken. Der Patient sagte ihn sofort richtig nach, hatte ihn aber bereits nach 10 Minuten völlig vergessen.

Ein anderes Mal wurde ihm ein Wort vorgesprochen, dessen Bedeutung ihm unbekannt war, das Wort „Myelitis“. Er sprach es sogleich einmal richtig nach und hatte es auch nach 5, dann nach weiteren 15 Minuten noch behalten, während deren anderweitig mit ihm geredet worden war. Am andern Vormittage jedoch, 18 Stunden später, konnte er es nicht mehr richtig aussprechen; er sagte „Hymelit“, „Hymilti“.

Wurden schon einzelne Worte schwer gemerkt, so ist es verständlich, das ganze Sätze grosse Schwierigkeiten bereiteten.

Von dem Satze:

Die Invaliden-Gesetzgebung, die durch Wilhelm I. im deutschen Reiche eingeführt wurde, ist ein grosser Segen für die niederen Schichten des Volkes; der Arbeiter und seine Familie sind dadurch im Falle der Erkrankung durch den Beruf vor Noth geschützt — wurde die erste Hälfte nur dem Sinne nach wiedergegeben; die zweite Hälfte war ganz vergessen.

Ein besseres Resultat wurde mit zwei kurzen Sätzen von weniger abstractem Sinne erzielt.

Arzt: Wenn man im Sommer verreisen will, ist es gut, nicht die Ferienzeit aufzusuchen, da dann alle Orte sehr besucht sind".

Patient (unmittelbar darauf): „Wenn man im Sommer verreist, ist es gut, nicht die Ferienzeit aufzusuchen, da dann alle Orte vielseitig besucht sind".

Arzt: Das deutsche Reich ist ein Bundesstaat; an seiner Spitze stehen der Kaiser, der Bundesrath und der Reichstag.

Patient: Der deutsche Staat ist ein Bundesstaat; an seiner Spitze steht der Kaiser, der Bundesrath und der Reichsrath.

Mehrfach wurde dem Kranken aufgegeben, sich eine Zahl zu merken. Für kurze Zeit vermochte er sie zu behalten.

So wusste er einmal die Zahl 1480 noch nach 8 Minuten, während deren mit ihm gesprochen worden war; ebenso ein anderes Mal die Zahl 1834 nach 15 Minuten. An einem andern Tage hatte er 375 nach 20 Minuten, während deren er sich selbst überlassen blieb, vergessen.

Wie die Merkfähigkeit des Patienten für Gesichts-Wahrnehmungen beschaffen ist, zeigen folgende Versuche.

Es wurden vor den Augen des Kranken 5 Gegenstäude (ein Federhalter, ein Bleistift, ein Schlüssel, eine Brieftasche und ein Geldstück) auf den Tisch gelegt und, nachdem er sie betrachtet hatte, wieder weggenommen. Nach 3 Minuten langem Gespräch nannte er sie richtig und bezeichnete auch die Stelle, an der jeder einzelne Gegenstand gelegen hatte. Nach weiteren 10 Minuten vermochte er sich nur noch zweier Stücke zu erinnern.

Drei Tage später wurde dieser Versuch wiederholt, ebenfalls mit 5 Gegenständen, unter denen sich ein Taschenmesser befand. Nachdem der Kranke sie angesehen, wurden sie mit einem Bogen Papier bedeckt, und er nannte sie abermals nach 3 Minuten richtig unter Angabe ihrer Lage. Nun vertauschte man das Messer vor seinen Augen mit einem ganz anders aussehenden und machte ihn darauf aufmerksam. Als wiederum 5 Minuten verflossen waren, bezeichnete er zwar die 5 Stücke noch richtig, wusste aber nichts mehr von der Vertauschung des Messers.

Infolge seiner geschwächten Merkfähigkeit wird dem Patienten die räumliche Orientirung schwer.

Obgleich der Kranke täglich zweimal den Weg von seinem Zimmer im ersten Stock nach dem Garten und zurück geht, vermag er ihn doch noch vier Wochen nach seiner Aufnahme nur ganz mangelhaft zu beschreiben. Er irrt sich in der Zahl der Thüren, die dabei zu durchschreiten sind, weiss nicht, dass die Treppe mehrere Biegungen macht, ist unfähig, den an einer anderen Front des Gebäudes liegenden Garten von seinem Zimmer aus zu lokalisiren. Den Garten selbst, der annähernd

quadratisch ist und eine Seitenlänge von etwa 100 m hat, kann er gleichfalls nur sehr unvollkommen beschreiben; er verlegt z. B. den darin befindlichen Kegelschub und eine kleine Anhöhe an falsche Stellen. Fordert man den Kranken auf, beim Gang nach dem Garten und beim Aufenthalt in diesem die räumlichen Verhältnisse genau zu beachten und sich zu merken, so beschreibt er hinterdrein den Garten zwar etwas besser, nicht aber den Weg dahin — ein Beweis, dass an diesem Unvermögen nicht nur die Herabsetzung der Aufmerksamkeit, sondern auch die der Merkfähigkeit Schuld hat. Es geht dies auch daraus hervor, dass der Patient mittags beim Verlassen des Speisesaals regelmässig die der richtigen entgegengesetzte Richtung einschlägt; er bemerkt diesen Fehler oft selbst, verfällt ihm aber am nächsten Tag von neuem.

Auf Anregung des Herrn Professor *Cramer* untersuchte ich auch die Merkfähigkeit des Kranken für die Wahrnehmungen, die uns über die Zustände des eigenen Körpers, speciell über die Lage unserer Glieder unterrichten. Nachdem festgestellt worden war, dass Sensibilität und Lokalisationsvermögen normal seien, wurden seinen Extremitäten verschiedene Stellungen gegeben, die er nach einiger Zeit wiederholen musste. Dabei wurden zugleich dieselben Versuche mit drei normalen Personen vorgenommen, um ein Urtheil über die Lösbarkeit der gestellten Aufgaben zu haben.

Die Gesunden, zwei Studenten und ein Wärter, vermochten ohne grosse Fehler die ihren Gliedern gegebenen Stellungen selbständig nachzuahmen, was dem Kranken nicht immer gelang. Es folgt hier eine Tabelle, in der die Ergebnisse der einzelnen Versuche mit dem letzteren verzeichnet sind. Der Patient war dabei entkleidet; bei den Experimenten mit dem Arm stand er aufrecht, bei denen mit dem Bein sass er auf einem Stuhle; die Augen waren geschlossen. Die aufgegebenen Stellungen hielt er je 5 Secunden ein.

Aufgabe	nach 4 Minuten	nach 8 Minuten
Arm im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugt, Vorderarm maximal supinirt, Hand zur Faust geschlossen.	Richtig nachgeahmt.	Der Vorderarm steht in Mittelstellung zwischen Pronation und Supination; die Hand ist offen.

Aufgabe	nach 4 Minuten	nach 8 Minuten
Oberarm nach vorn horizontal erhoben, Vorderarm im stumpfen Winkel gebeugt, Mittelfinger gestreckt, übrige Finger stark gebeugt.	Bis auf die Haltung der Finger, die alle gestreckt bleiben, richtig nachgeahmt.	Wie nach 4 Minuten.
Arm gestreckt bis zu einem Winkel von 45° nach hinten gehoben, Vorderarm pronirt, Hand volarwärts gebeugt, Finger maximal gespreizt.	Arm richtig erhoben, Vorderarm pronirt, dagegen Hand gestreckt, Finger nicht gespreizt, aber mässig gebeugt.	Wie nach 4 Minuten, nur ist der Arm im Ellbogengelenk und die Hand leicht gebeugt.
Bein in Hüft- und Kniegelenk rechtwinklig gebeugt, Fuss maximal dorsalwärts flektirt.	Richtig nachgeahmt.	Der Fuss hängt nach unten.
Oberschenkel im Hüftgelenk leicht spitzwinklig gebeugt, Unterschenkel im rechten Winkel dazu flektirt und nach innen rotirt.	Die Flexionen werden richtig ausgeführt, die Rotation des Unterschenkels unterbleibt.	Wie nach 4 Minuten.

Fügt man dem Kranken durch Stechen oder Kneifen der Haut bei geschlossenen Augen einen Schmerz zu, so vermag er zwar kurze Zeit darauf die Stelle zu bezeichnen; nach längerer Zeit aber begeht er Irrthümer. So wurde er einmal ziemlich stark in die Haut an der Innenseite des linken Unterschenkels, unterhalb der Patella, gekniffen. Nach 3 Minuten wusste er die Stelle noch richtig anzugeben, nach 10 Minuten verlegte er die Schmerzempfindung an die entsprechende Stelle des rechten Unterschenkels; nach 20 Stunden endlich wusste er nur noch, dass man ihn in die Haut eines Beines gekniffen habe, ohne näher lokalisiren zu können.

Neben den erwähnten Versuchen wurde nun auch die vor Kurzem publizirte *Ranschburg*'sche Methode zur Prüfung der Merkfähigkeit angewendet. Sie soll dazu dienen, die Merkfähigkeit von Individuen verschiedenen Bildungsgrades, Normaler, Nerven- und Geisteskranker, auf einheitlicher Basis zu untersuchen

und die Resultute dieser Untersuchung zahlenmässig auszudrücken. *Ranschburg* prüft das Wortgedächtniss, das Personen-, Farben-, Orientirungs-, Namens- und Zahlengedächtniss nach Umfang und Sicherheit. Diese Prüfung gestaltet sich nun folgendermassen.

I. Es werden der Versuchsperson 15 Wortpaare vorgesprochen, und zwar stellen die beiden Worte jedes der ersten 5 Paare eine häufig gebrauchte Wortverbindung vor (z. B. Maus — Falle), die der zweiten Gruppe von 5 Paaren haben irgend eine Sinnverwandtschaft zu einander (z. B. Hand — Finger), die der dritten Gruppe endlich sind klanglich mit einander verwandt (z. B. Eis — Eisen). Beim Vorsprechen dieser 15 Wortpaare bleibt zwischen je zwei associirten Worten eine Pause von $^1/_2$ Secunde, nach jedem Paar eine solche von 1 Secunde. Darauf folgt sofort

II. die Untersuchung des Personengedächtnisses. Dazu dienen 50 Porträts von Männern, Frauen und Kindern, von denen 10 dem Patienten je 3 Secunden lang gezeigt werden. — Nun werden ohne Aufenthalt der Versuchsperson

III. 5 gleich grosse einfarbige Papptafeln (blau, roth, grün, gelb und braun) vorgelegt. Die Expositionszeit beträgt wiederum je 3 Secunden.

IV. Zur Untersuchung des Orientirungsgedächtnisses dient ein Bogen Papier mit einem Netz von 693 gleichgrossen Quadraten, von denen 150 schwarz ausgefüllt sind. Und zwar hängen 100 dieser Quadrate in verschiedener Configuration zu zweien bis fünfen mit einander zusammen, während die übrigen 50 einzeln stehen und unter diese Figuren vertheilt sind. Von diesen letzteren 50 Quadraten werden der Versuchsperson 5 gezeigt, je 3 Secunden lang und sie soll sie sich nach ihrer Umgebung merken.

Nachdem dieses geschehen ist, erfolgt die Reproductionsprüfung der Gruppen I und II, worauf sogleich mit der Einprägung neuer Zeichen fortgefahren wird. Bei Gruppe I wird dabei vom Untersuchenden das erste Wort jedes Paares genannt, worauf die Versuchsperson mit dem zweiten zu antworten hat. Die gemerkten Porträts muss sie unter 50 Bildern wiederfinden.

V. Die Merkzeichen dieser Gruppe dienen zur Prüfung des Gedächtnisses für weder dem Sinn noch dem Klang nach verwandte Wortzusammenstellungen. Dazu werden 5 Wortpaare verwendet, wie Rock — Ofen, Wald — Bleistift.

VI. Von den vorhin gemerkten Porträts werden dem zu Untersuchenden 5 gezeigt und dazu Ruf- und Familiennamen der dargestellten Personen genannt. Der ganze Name soll im Gedächtniss behalten und später beim Wiedervorzeigen des Porträts genannt werden.

VII. Zuletzt werden Zahlen eingeprägt. Dies geschieht so, dass jede Zahl mit einem Wort in Verbindung gebracht wird. Es wird z. B. ge-

sagt: Wienergasse 51, 17. September, 36 Meter. Zur Reproduction der Zahlen nennt der Untersuchende später nur das Wort.

Nun wird mit der Reproductionsprüfung bei Gruppe III begonnen. Der Untersuchte hat aus 3 von einander wohlunterscheidbaren Nuancen jeder Farbe die gemerkte wiederzuerkennen.

Die Prüfung der übrigen vier Gruppen geschieht in der angegebenen Weise ohne Pause.

Während der Prüfung werden in eine Tabelle die Resultate eingetragen. Jedes richtig reproducirte Merkzeichen wird als Einheit (mit 1 bezeichnet) jede fehlerhafte Erinnerung, die jedoch auf Ermahnung berichtigt wird, als halbe Einheit (,5) verrechnet; für jedes vergessene Zeichen wird eine Null in die Tabelle geschrieben. Durch Addirung erhält man einen zahlenmässigen Ausdruck für den Umfang des Gedächtnisses. *Ranschburg* wiederholt bei seinen Versuchspersonen die Prüfung mit demselben Material verschiedentlich, ohne vorher die einzelnen Zeichen nochmals einzuprägen; nur berichtigt er jede Fehlerinnerung und jede Nichterinnerung.

Will man die Methode selbst wie die Resultate, die sie in unserem Falle ergab, recht beurtheilen, so muss man die Ergebnisse einer Prüfung von einer grösseren Anzahl Gesunder, sowie Kranker kennen lernen, wie sie *Ranschburg* angeführt hat. Ich glaube daher die Wiedergabe einiger Tabellen aus seiner Arbeit hier nicht umgehen zu können.

Ranschberg untersuchte 12 Schulknaben im mittleren Alter von 12 Jahren, 12 ungebildete und 13 gebildete Erwachsene, 12 Neurasthenische und 21 Paralytiker. In seiner Arbeit verzeichnet er die Leistung jedes einzelnen Untersuchten. Ich begnüge mich indessen mit der Wiedergabe derjenigen Tabellen, in denen für jede der 5 Kategorien von Versuchspersonen das Resultat ihrer Leistung in Procentsätzen ausgedrückt ist.

Es merkten sich aus:

Gruppe	I. 15 Zeichen %	II. 10 Zeichen %	III. 5 Zeichen %	IV. 5 Zeichen %	V. 5 Zeichen %	VI. 5 Zeichen %	VII. 5 Zeichen %	Summa
Schulknaben	60,0	70,0	80,0	40,0	20,0	30,0	60,0	360,0
Wärter	57,0	80,0	60,0	40,0	20,0	30,0	40,0	327,0
Gebildete Erwachsene	67,0	95,0	80,0	30,0	40,0	70,0	80,0	462,0
Neurasthenische . . .	37,0	70,0	80,0	30,0	0,0	40,0	60,0	317,0
Paralytiker	7,0	30,0	30,0	0,0	0,0	10,0	20,0	97,0

Deutlicher ist das Verhalten der verschiedenen Specialgedächtnisse bei den einzelnen Gruppen der Versuchspersonen aus nachstehenden Tabellen zu ersehen.

	Sämmtliche (100 pCt.) der eingeprägten Zeichen erinnerten:							Mehr als 50 pCt erinnerten:						
	Gruppe							Gruppe						
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.
aus 12 Schulknaben .	—	—	2 (17)	—	—	—	1 (8)	8 (67)	10 (83)	11 (92)	3 (25)	1 (8)	2 (17)	6 (50)
„ 12 Wärtern . .	—	1 (8)	1 (8)	—	—	—	1 (8)	8 (67)	11 (92)	6 (50)	3 (25)	1 (8)	1 (8)	5 (42)
„ 13 gebild. Erwachs.	1 (8)[1]	4 (31)	3 (23)	—	—	—	4 (31)	13 (100)	13 (100)	12 (92)	4 (31)	3 (23)	11 (84)	11 (84)
„ 12 Neurasthenik.	—	1 (8)	3 (25)	—	—	—	—	4 (33)	11 (92)	9 (75)	2 (17)	—	4 (33)	5 (42)
„ 21 Paralytikern .	—	—	1 (5)	—	—	—	—	2 (9)	6 (29)	5 (24)	2 (9)	—	1 (5)	4 (19)

	Weniger als 40 pCt. erinnerten:							Kein einziges Zeichen erinnerten:						
	Gruppe							Gruppe						
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.
aus 12 Schulknaben .	1 (8)	—	—	6 (50)	9 (75)	7 (58)	—	—	—	—	1 (8)	3 (25)	—	—
„ 12 Wärtern . .	2 (17)	—	—	4 (33)	9 (75)	7 (58)	5 (42)	—	—	—	—	5 (42)	—	—
„ 13 gebild. Erwachs.	—	—	—	8 (61)	5 (38)	1 (8)	1 (8)	—	—	—	2 (15)	3 (23)	—	—
„ 12 Neurasthenik.	6 (50)	—	—	6 (50)	11 (92)	4 (33)	—	—	—	—	2 (17)	9 (75)	2 (17)	—
„ 21 Paralytikern .	19 (90)	13 (62)	—	18 (86)	20 (95)	17 (81)	13 (62)	8 (38)	4 (19)	4 (19)	11 (52)	19 (90)	11 (52)	5 (24)

[1]) Die in Klammern angegebenen Zahlen bedeuten den Procentsatz.

Man sieht aus diesen Tabellen, dass, was den Umfang des Gedächtnisses anlangt, von allen Untersuchten die Paralytiker das bei Weitem schlechteste Ergebniss aufzuweisen hatten.

Ebenso steht es mit der Sicherheit des Gedächtnisses; aus der folgenden Tabelle ersieht man, dass sie die meisten Fehlerinnerungen hatten.

Die Procentzahl der Fehlerinnerungen betrug:

	Gruppe						
	I. %	II. %	III. %	IV. %	V. %	VI. %	VII. %
bei Schulknaben . .	4,7	13,8	2,2	13,0	—	15,8	31,6
bei Wärtern	6,2	9,8	2,8	6,0	—	5,2	11,0
bei gebildeten Erwachs.	2,2	2,1	2,0	12,2	—	7,7	15,4
bei Neurasthenikern .	3,6	13,3	3,4	5,3	—	16,6	33,3
bei Paralytikern . . .	8,3	18,5	7,0	13,0	—	22,5	45,1

Auf Grund seines Materials studirt *Ranschburg* den Einfluss verschiedener Faktoren wie Bildung, Beruf, Alter, Neurasthenie und Dementia paralytica auf die Merkfähigkeit. Uns interessirt hier nur die Einwirkung der zuletzt genannten Krankheit, und *Ranschburg* sagt darüber: „In 90 pCt. der Fälle war die Merkfähigkeit der Paralytiker durch hochgradige Abnahme des Umfanges und der Sicherheit des Gesammtgedächtnisses, im speciellen durch gänzliche oder nahezu gänzliche Zerstörung des Wort-, Orientirungs- und Namengedächtnisses charakterisirt, während das Gedächtniss für Farben und Personen relativ gut erhalten blieb. In gewissen Fällen der progressiven Paralyse dagegen (2 : 21), wo der Verblödung eine maniakalische Erregungsperiode vorangeht, kann die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses während dieser Erregungsphase eine normale, vielleicht sogar eine gesteigerte sein."

Kehren wir nun zu unserem Patienten zurück. Es wurde bei ihm die Methode an 4 Tagen angewendet. Die nachstehenden Tabellen zeigen die Resultate.

Gruppe	25. April 1901		26. April 1901			
			ohne nochmalige Einprägung der Merkzeichen		nach erneuter Einprägung	
I.	3,5 (23,3 %)	1½101 00000 00000	0 (0 %)	00000 00000 00000	6,5 (43,3 %)	110½1 10000 1½00½
II.	3,5 (35 %)	110½0 00010	0 (0 %)	00000 00000	5 (50 %)	10011 1½0½0
III.	1,5 (30 %)	1000½	0 (0 %)	00000	4 (80 %)	11011
IV.	1,5 (30 %)	1½000	0 (0 %)	00000	2 (40 %)	10100
V.	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000
VI.	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	0,5 (10 %)	0½000
VII	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	1 (20 %)	01000
Summa	10,0 (20 %)		0 (0 %)		19,0 (38 %)	

Gruppe	27. April 1901				29. April 1901			
	ohne vorherige Einprägung der Merkzeichen		nach erneuter Einprägung		ohne vorherige Einprägung der Merkzeichen		nach erneuter Einprägung	
I.	0 (0 %)	00000 00000 00000	3,5 (23,3 %)	10001 1½000 00000	0 (0 %)	00000 00000 00000	5,5 (36,7 %)	1½½01 10½00 0½00½
II.	0 (0 %)	00000 00000	6,0 (60 %)	10010 11011	2,0 (20 %)	0½00½ 10000	6,0 (60 %)	11001 11100
III.	0 (0 %)	00000	2,0 (40 %)	11000	1,0 (20 %)	00100	1,0 (20 %)	00100
IV.	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	2,0 (40 %)	10010
V.	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	1,5 (30 %)	½1000
VI.	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000
VII.	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	0 (0 %)	00000	2 (40 %)	½1½00
Summa	0 (0 %)		11,5 (23,0 %)		3,0 (6,0 %)		18,0 (36,0 %)	

Durch Berechnung des Procentsatzes der Fehlerinnerungen erhält man auch über die Sicherheit des Gedächtnisses des Kranken einen Ueberblick.

Der Procentsatz der Fehlerinnerungen betrug:

Gruppe	25. April 1901	26. April 1901	27. April 1901	29. April 1901	
				vor erneuter Einprägung	nach derselben
I.	14,3	23	14,3	—	45,4
II.	14,3	20	0	50	0
III.	33,3	0	0	0	0
IV.	33,3	0	—	—	0
V.	—	—	—	—	33,3
VI.	—	100	—	—	—
VII.	—	0	—	—	50

Fassen wir die auf diesen Tabellen verzeichneten Ergebnisse der Untersuchung zusammen, so constatiren wir, dass im Allgemeinen, je öfter die Prüfung wiederholt wurde, um so mehr die Leistung des Kranken sich besserte — vorausgesetzt, dass die Merkzeichen vorher nochmals eingeprägt wurden; unterblieb dies, so war das Resultat der Prüfung am zweiten und dritten Tage völlig negativ, und nur am vierten hatte sich der Kranke einige wenige Zeichen gemerkt. Diese Zunahme der Leistung ist wohl auf den Einfluss der Uebung zurückzuführen. Die Leistung des Patienten am ersten Tage, die uns am meisten interessiren muss, steht im Allgemeinen hinter dem zurück, was die Paralytiker *Ranschburg*'s durchschnittlich zu Stande brachten — sowohl hinsichtlich des Umfanges des Gedächtnisses als seiner Sicherheit. Am mangelhaftesten zeigt sich das Namengedächtniss; darnach kommt das für sinnlose Wortzusammenstellungen. Dieses Ergebniss stimmt mit den von *Ranschburg* an den Paralytikern gemachten Beobachtungen überein. Dagegen leistete unser Kranker mehr in der Reproduction von Merkzeichen des Orientirungsgedächtnisses. Viel schlechter aber als *Ranschburg*'s Patienten merkte er sich Zahlen.

In das Gebiet des Farbengedächtnisses fällt die höchste Einzelleistung. Fasst man jedoch die Leistung aller 4 Tage zusammen ins Auge, so sieht man, dass die Merkzeichen des Personengedächtnisses im Ganzen am besten behalten wurden. Auch dies steht im Einklang mit *Ranschburg's* Befunden. Abweichend von ihnen aber behielt unser Kranker schon beim ersten Versuche relativ viele Zeichen aus der Gruppe der sinn- und klangverwandten Wortverbindungen.

Die Sicherheit des Gedächtnisses nahm, wie aus der letzten Tabelle hervorgeht, von Tag zu Tag zu. Die Farben wurden stets am sichersten wiedererkannt, während die Erinnerung an die sinn- und klangverwandten Wortverbindungen immer mehr oder weniger unsicher war, am meisten auffälliger Weise am letzten Tage.

Bemerkenswerth war das Verhalten des Patienten während der Untersuchung.

Ranschburg hebt das „absolute Fehlen subjectiver Klagen oder subjectiver Zeichen der Ermüdung“ hervor, das er bei seinen Paralytikern constatirte.

„Es fehlte auch das qualvolle, lange Nachdenken, das Suchen nach Erinnerungen, deren Vorhandensein das Individuum sozusagen unter der Bewusstseinsschwelle empfindet, deren Reproduction aber schwierig nur von statten geht. Der Paralytiker scheint dasjenige, was er noch erinnert, meist leichter zu reproduciren, als der Cerebrastheniker. Die Zeitdauer der Reproduction schien bei den Paralytikern demnach nicht verlängert.“

Das letztere scheint mir auf unseren Kranken nicht zuzutreffen. Die Reproduction war oft sichtlich erschwert; er besann sich vielfach längere Zeit, allerdings nicht in angestrengter und augenscheinlich qualvoller Weise, sondern mit einer Art Gleichgültigkeit, oft fast wie zerstreut. Ueberhaupt war eine gewisse Trägheit, manchmal auch Widerwille nicht zu verkennen; man hatte den Eindruck, als wendete der Kranke seinerseits gar keine Mühe auf, um ein möglichst gutes Resultat zu erzielen. Er sass bisweilen geradezu rathlos da und rief öfters aus: „Das kann kein Mensch behalten!“ und: „Es wirbelt einem ja alles im Kopfe!“ Man musste ihm immer wieder zureden, um nur seine Aufmerksamkeit anzustacheln. Fragte man ihn jedoch, ob ihn die Untersuchung angreife, so verneinte er stets.

Ein Vergleich lehrt, dass die Resultate der Untersuchung nach *Ranschburg* die Merkfähigkeit des Kranken in höherem Grade gestört erscheinen lassen, als die Resultate der andern mit ihm angestellten Versuche.

Wie erklärt sich dies auffallende Missverhältniss?

Die zuletzt erwähnten einzelnen Versuche pflegten nur kurze Zeit zu dauern; es wurden immer nur wenige Zeichen dem Gedächtniss auf ein Mal eingeprägt; die Versuche geschahen im Laufe einer Unterhaltung mit dem Kranken, sodass er oft Zeit zum Ausruhen fand; endlich konnte man sich meist davon überzeugen, dass der Patient aufmerksam war und wirklich percipirte (indem man die zu fixirenden Worte, Zahlen u. s. w. sofort nachsagen liess). Die Resultate der Versuche hingen also meist lediglich von seiner Merkfähigkeit ab und wurden nicht durch die Verminderung der Aufmerksamkeit beeinflusst.

Im Gegensatze hierzu wurden bei der *Ranschburg*'schen Methode dem Patienten in ununterbrochener Folge 50 Merkzeichen eingeprägt. Dabei wird der Merkfähigkeit viel mehr zugemuthet. Vor Allem aber wird die Aufmerksamkeit des Kranken während mindestens 20 Minuten beständig in Anspruch genommen. Mag auch ein Gesunder dieser Anforderung genügen können, für einen Patienten mit herabgesetzter und erschwerter Aufmerksamkeit ist sie sicher zu hoch. Er kann zwar ein einzelnes schwer zu merkendes Wort, wie das Wort „Myelitis“, nachdem er es percipirt hat, 10 Minuten lang behalten; wenn man ihm aber 15 Wortpaare nacheinander vorsagt, so muthet man seiner erschwerten Aufmerksamkeit zu viel zu; es ist höchst wahrscheinlich, dass er einen Theil der Zeichen gar nicht percipirt. Und das ist noch nicht ein Drittel aller Merkzeichen! Beginnt eine neue Gruppe, so mag dieser Wechsel zunächst als ein kräftigerer Reiz seine Aufmerksamkeit wieder erregen; aber auch diese Erregung wird nur kurze Zeit andauern und so werden sich die Schwierigkeiten von Gruppe zu Gruppe häufen. Wenn *Ranschburg* bei Paralytikern mit fortgeschrittener Verblödung eine Aenderung des Verfahrens eintreten liess, indem er zuerst Gruppe I bis IV einprägte und sofort prüfte, darnach den Rest — so verminderte er jenen Nachtheil nur unerheblich.

Eine Methode, die zur Prüfung der Merkfähigkeit dienen soll, muss den Einfluss einer erschwerten Aufmerksamkeit auf die Niederlegung von Erinnerungsbildern nach Möglichkeit eliminiren.

Das *Ranschburg*'sche Verfahren wird dieser Anforderung nicht gerecht. Es gestattet nicht nur keine Controlle nach dieser Richtung, sondern es vermehrt gerade jenen Einfluss, indem es an die herabgesetzte Aufmerksamkeit Anforderungen stellt, denen sie nicht genügen kann. Dann erhält man bei Kranken, die dieses Symptom bieten, im Ganzen ungenaue Resultate. Weil aber, je länger die Prüfung dauert, die Anspannung der Aufmerksamkeit immer schwieriger und ihre Leistung immer zweifelhafter wird, so werden dadurch die Bedingungen für die Untersuchung der einzelnen Specialgedächtnisse variirt; ihre Resultate können, streng genommen, nicht verglichen werden, ohne dass Fehler unterlaufen — ein zweiter Nachtheil der Methode.

Durch diese Erwägungen wird das Missverhältniss zwischen den Ergebnissen der einzelnen Untersuchungen und denen des *Ranschburg*'schen Verfahrens verständlich. Erstere ergaben ein reineres Bild von der Herabsetzung der Merkfähigkeit. Andererseits aber lehrt gerade dieser Vergleich beider Resultate, wie hoch die Bedeutung der verminderten Aufmerksamkeit für die Erklärung der Erinnerungsdefekte des Patienten anzuschlagen ist. Und somit verdanken wir der Anwendung der *Ranschburg*'schen Methode eine werthvolle Erkenntniss.

Nachdem wir bisher nur das Erinnerungsvermögen des Kranken für seit seiner Erkrankung gemachte Wahrnehmungen geprüft haben, wollen wir nun noch zusehen, wie es um das Gedächtniss für Eindrücke aus der Vergangenheit, um seine früher erworbenen Erinnerungen bestellt ist.

Ueber die wichtigsten Daten seiner Biographie, Geburtstag und Jahr, Schulzeit, Militärzeit, ist er orientirt; hier vermag er auch meist die Jahreszahlen anzugeben; nur glaubt er, seine letzte Stellung, die er 6 Jahre bekleidete und im vorigen Jahre verliess, nur 3 Jahre inne gehabt zu haben, während er alle seine früheren Stellungen richtig datirt.

Auffallend ist die grosse Unsicherheit in der Erinnerung an die wichtigsten politischen Ereignisse, die der Kranke selbst erlebt

hat. Bei genauerem Zusehen erkennt man allerdings, dass es sich hier oft mehr um eine erschwerte Reproduction früher erworbener Vorstellungen handelt, als um eigentliches Vergessen. Der Patient ist nicht im Stande, sie selbständig wachzurufen; hilft man aber nach, indem man das Zustandekommen von Associationen erleichtert, so gelingt es oft, die Erinnerung zu wecken. Wir treffen also hier nochmals auf die Störung, die wir schon bei der Anwendung der *Ranschburg*'schen Methode kennen lernten (S. 226). Zur Erläuterung des Gesagten seien einige Gespräche mit dem Kranken angeführt.

Wie heisst der jetzige Kaiser von Deutschland?	„Wilhelm I."
Wie lange regiert er schon?	„Das weiss ich nicht".
Ist er der erste Kaiser seit der Gründung des deutschen Reichs?	„Jawohl".
Wie alt ist er?	„Zwischen dem 50. und 60. Jahre".
Lebt der alte Kaiser wirklich noch? (Nach längerem Besinnen)	„Ja, ich wüsste nicht, dass er gestorben wäre".

(Nach Verlauf einer Viertelstunde, während deren zum Theil anderes mit dem Kranken gesprochen wurde)

Nicht wahr, der jetzige Kaiser heisst Wilhelm II?	„Ja".
Ist es wirklich so?	„Ja".
Sie behaupteten doch vorhin, Wilhelm I. regiere noch?	„Jetzt erinnere ich mich aber, dass er tot ist".
Und wann ist er gestorben?	„Das kann ich nicht sagen".
War er der Vorgänger des jetzigen Kaisers?	(Nach längerem Besinnen) „Ja".
Hat es nicht einen Kaiser Friedrich gegeben?	„Ach ja, der mit dem grossen Barte".
Wann hat der regiert?	„Nach dem alten Kaiser".

Bald glaubt der Kranke, Bismarck sei noch Reichskanzler, bald (je nach dem vorausgegangenen Gespräch) meint er, er sei ausser Dienst und lebe in Italien. Die Erinnerung an Moltke ist nur schwer wachzurufen. Fragen wie: „Wer war der berühmte Feldherr, der im letzten Kriege mit Frankreich die strategische Oberleitung der deutschen Armee hatte?" genügen nicht dazu. Erst wenn man sagt: „Bismarck und —", fällt der Patient rasch ein: „Moltke". Im Anschluss hieran wird gefragt:

Ist Bismarck noch im Amte?	„Nein, wenigstens habe ich nichts davon gehört".

Wissen Sie, wer sein Nachfolger war? — „Ja, wer war es doch gleich?“

Haben Sie den Namen Caprivi einmal gehört? — „Ja, war der nicht einmal Cultus-minister? — Doch nein“.

Die geschichtlichen und literarischen Kenntnisse des Kranke sind stark reducirt. Auch von ihnen gilt, was vorhin gesag wurde: dass er nicht alles total vergessen hat, sondern, dass e vieles im Grunde noch weiss, nur schwer reproducirt.

Nennen Sie mir einen bekannten deutschen Kaiser aus dem Mittelalter. — „Meine geschichtlichen Kenntniss sind schlecht“.

Einer ist nach seinem Barte benannt. — „Ach, Friedrich Barbarossa“.

Welcher grosse Krieg wurde vor einigen Jahrhunderten in Europa geführt, der viele Jahre lang dauerte? — „Meinen Sie den siebenjährige Krieg“.

Nein, der, den ich im Sinne habe, ist auch nach der Zahl der Jahre benannt. — (Nach längerem Besinnen) „Ich kann es nicht sagen“.

Der Patient, der römisch-katholisch ist, verneint die Frage, ob es ausser der seinigen noch eine andere katholische Kirche gebe. Dagegen kennt er die Trennung der evangelischen Kirche in reformirte und lutherische, weiss auch, dass deren Bestehen auf Luther zurückzuführen ist. Ob aber Luther erst in dem letzten Jahrhundert oder früher gelebt hat, kann er nicht sagen.

Haben Sie einmal einem evangelischen Gottesdienste beigewohnt? — „Ja, meine Frau ist evangelisch“.

Unterscheidet er sich wesentlich von dem Ihrer Kirche? — „Ja, der unsrige ist ceremonieller“.

In gesunden Tagen hat der Kranke in einem Dilettantenorchester als Flötist mitgewirkt. Er kennt noch den Namen von dessen Dirigenten, kann aber kein einziges der Werke, die er mitgespielt hat, nennen. Nach Componisten gefragt, führt er nach langem Suchen einige an, darunter Cherubini. Der Name Beethoven fällt ihm erst ein, wenn man die Silbe „Beet“ ausspricht. Darnach wird gefragt:

Können Sie mir einige deutsche Dichter nennen? — (Nach längerem Besinnen) „Die fallen mir jetzt nicht ein“.

Wissen Sie nicht den Dichter des Faust?	(Schweigt).
Mit dem G. beginnt der Name	(Rasch) „G—, Cherubini. — Nein, das ist ein Musiker".
Goe—.	„Goethe, natürlich".
Fällt Ihnen bei diesem nicht noch ein anderer Dichtername ein?	„Goethe, Schiller".
Dann gab es einmal einen Dichter, dessen Name auf „stock" endigt.	„Klopstock".

Als der Kranke zwei Tage später wieder nach deutschen Dichtern gefragt wurde, nannte er ohne Besinnen und rasch nacheinander Schiller, Goethe, Lessing.

Die erschwerte Reproduction geht auch aus einer Mittheilung hervor, die der Kranke einmal spontan machte.

Es begegne ihm oft, wenn er einen Entschluss gefasst habe und zu seiner Ausführung einen anderen Ort aufsuche, dass er dort angekommen sein Vorhaben vergessen habe; gehe er dann nach dem ersten Platz zurück, so falle es ihm manchmal wieder ein. Offenbar ist dies so zu erklären, dass an dem Orte, wo er den Plan gefasst hat, Associationen angeregt werden, die zum Wiederauftauchen desselben führen.

Im Gegensatz zu der Unsicherheit seines politischen, geschichtlichen, literarischen Wissens vermag der Kranke fest eingelernte Reihen wie die Zahlenreihe, das deutsche und griechische Alphabet, die Namen der Monate und Wochentage, das Lied „Deutschland, Deutschland über alles", fliessend herzusagen. Beim Recitiren des Vaterunser allerdings liess er stets die beiden letzten Bitten aus.

Zweiter Fall. Der zweite Fall betrifft einen Kranken mit Hirnsyphilis.

Der Patient ist ein gebildeter Mann (Eisenbahnassistent) von 38 Jahren. Sein Vater ist an Schlaganfall gestorben, ein Bruder verschollen. Vor 6 Jahren acquirirte der Kranke, der bis dahin immer gesund gewesen sein soll, Syphilis. Trotz sofortiger antisyphilitischer Behandlung traten im Sommer 1900 Tertiärerscheinungen ein, welche aber nach eingeleiteter Quecksilber- und Jodkalikur zurückgingen. Nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalte an der See nahm Patient im Spätsommer seine dienstliche Thätigkeit wieder auf, musste sie aber bald wegen heftiger Kopfschmerzen einstellen. Psychisch erschien er damals noch ganz normal, bis er im September 1900 plötzlich eines Morgens beim Erwachen verwirrt war: er kannte seine Bekannten und die alltäglichsten Gegenstände nicht, war apathisch. Die Sprache war verwaschen und flüsternd. Seitdem ist der Kranke immer theilnahmslos umd sehr vergesslich gewesen und hat viel an Kopfschmerzen gelitten.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 12. October 1900 war er geistig und körperlich erschöpft. Er liess sich freiwillig nach der Abtheilung führen, ohne von seinem ihn begleitenden Schwager Abschied zu nehmen.

Status praesens.

Der Kranke hat eine schlaffe Haltung. Sein Kopf ist auf Beklopfen nicht schmerzhaft.

Die Lider werden gleichmässig gehoben und gesenkt. Die Augen sind nach allen Seiten hin frei beweglich und fixiren gut.

Die Pupillen sind gleichweit, auf Lichteinfall und Akkomodation reagiren sie etwas träge aber deutlich; hinterdrein erfolgt eine leichte secundäre Delitation.

Beide Augen sind in mässigem Grade myopisch: Farben werden richtig erkannt, das Gesichtsfeld ist frei, centrales Skotom besteht nicht; beiderseits constatirt man beginnende Stauungspapille.

Der Stirnfacialis wird auf beiden Seiten gleichmässig, der Gesichtsfacialis links etwas schwächer innervirt als rechts; dabei treten beiderseits starke Zuckungen ein.

Die Zunge weicht beim Ausstrecken nach rechts ab, zittert nicht; man sieht an ihr weder Narben noch Zahneindrücke.

Das Gaumensegel wird gleichmässig gehoben. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist vermehrt. Die Bauchdeckenreflexe sind erhöht, die Patellarreflexe beiderseits in gleichem Grade gesteigert. Tarsalklonus ist deutlich vorhanden, der Achillessehnenreflex lebhaft.

Bei Augenschluss im Stehen wird kein deutliches Schwanken beobachtet. Der Kniehackenversuch gelingt nicht.

Bei geschlossenen Augen werden mit dem einen Arm vorgenommene passive Bewegungen vom anderen richtig nachgeahmt. Die gestreckten und ausgespreizten Finger zittern stark; daneben besteht mässiger Intentionstremor der Hände.

Die Sensibilität ist ungestört, die grobe Kraft der Extremitäten rechts etwas schwächer als links.

Der Gang ist etwas hackend, sonst aber ohne auffällige Störungen.

Die Sprache ist flüsternd und verwaschen.

Lungen- und Herzbefund sind normal.

Das laryngoskopische Bild bietet keine Abnormitäten.

Ueber den psychischen Zustand des Kranken liess sich nach mehrtägiger Beobachtung Folgendes sagen:

Der Kranke ist apathisch, von stumpfem Gesichtsausdruck, und scheint leicht benommen. Aufgetragene Bewegungen führt er willig, aber gleichgiltig aus. Seine Antworten geschehen leise und mühsam. Die Stimmung ist nicht wesentlich verändert. In seinem Auftreten ist er geordnet. Meist ist er unthätig und verlangt auch nicht nach Beschäftigung. Wo er sich befindet, wie lange und weshalb er da ist, wer ihn herbegleitet hat, weiss der Kranke nicht. Ebensowenig kann er über seine Herreise, über die

äusseren Umstände seiner Aufnahme Bescheid geben. Jahreszahl und Datum nennt er stets falsch. Dabei vergisst er seine Angaben sofort wieder, sodass er innerhalb 15 Minuten viermal eine andere Jahreszahl und einen anderen Aufenthaltsort nennt. Die Personen seiner Umgebung kennt er nicht mit Namen, und es dauert sehr lange, bis er den seines Arztes behält. Er liest oft in der Zeitung, kann aber, wenn man ihm das Blatt wegnimmt, den Inhalt des Gelesenen nicht wiedererzählen. Dass er in Göttingen ist, ist ihm gar nicht beizubringen; bereits eine Minute, ja oft 30 Secunden nachdem man es ihm gesagt hat, hat er es stets wieder vergessen.

Bald nach seiner Aufnahme wurde der Kranke einer Inunktionskur unterworfen, die eine wesentliche Besserung der Heerdsymptome zur Folge hatte. Der psychische Zustand dagegen änderte sich nicht; vielmehr blieb er sich den ganzen Winter hindurch gleich bis zur Ueberführung des Patienten in eine andere Irrenanstalt, die Ende März 1901 erfolgte.

Analysiren wir jetzt den psychischen Zustand des Kranken, so ist allgemeine geistige Trägheit, Urtheilsschwäche, gelegentlich auch eine leichte Benommenheit, endlich hochgradige Gedächtnissschwäche zu konstatiren. Die geistige Trägheit, die Abstumpfung seines psychischen Lebens giebt sich kund in der Interesselosigkeit des Kranken, in seinem gänzlichen Mangel an Initiative und in Herabsetzung der Aufmerksamkeit.

Die Aufnahme von Sinneseindrücken und ihre Verarbeitung zu Vorstellungen geht in normaler Weise vor sich, vorausgesetzt, dass der Reiz kräftig genug ist, um eine gehörige Anspannung der Aufmerksamkeit zu beobachten. Dies zeigt folgende Beobachtung:

Eines Tags wurde der Patient nach dem Datum gefragt, wusste es aber nicht anzugeben. Man verwies ihn auf den Wandkalender, von welchem er das Datum ablesen sollte. Es stand dort: 22. October 1900. Der Patient las aber: „31. October 1900“ und korrigirte sich erst, als man ihn auf den Fehler aufmerksam machte.

Die Urtheilsbildung ist ungestört, soweit sie einfachere Erwägungen voraussetzt. Der Kranke schliesst z. B. aus dem Aussehen des Gartens richtig auf die Jahreszeit. Sobald aber komplicirte Ueberlegungen nöthig werden, versagt er. Zwei Beispiele mögen dies erläutern:

Der Arzt, der ihm oft zur Untersuchung seines geistigen Zustandes allerhand Fragen über seine Person, sein Leben vorgelegt hat, und oft in Anwesenheit eines Protokollanten, redete der Patient regelmässig mit „Herr Assessor“ an. Als man ihm nun eines Tags

entgegnete, er sei doch hier in einer Klinik, was denn da ein Assessor zu thun hätte? antwortete er: „Da müssen auch Juristen sein wegen der Verwaltung“.

Ein anderes Mal erklärte er auf die Frage, in was für einem Hause er sich befände: „In einem Gasthause“.

Was bedeuten denn aber die vielen Betten (im Schlafsaal)? „Der Wirth nimmt auch Logiergäste auf“.

Das sind offenbar zwei falsche Urtheile, und zwar sind sie falsch, weil sie aus einseitiger Berücksichtigung einiger weniger Wahrnehmungen hervorgehen, während eine Reihe von anderen, die gleichfalls zu verarbeiten waren, unterdrückt werden. Es besteht aber insofern zwischen beiden Urtheilen ein Unterschied, als das erstere, der Arzt sei ein Assessor, offenbar spontan, aus eigenem Antriebe von dem Kranken gefällt worden und in ihm während längerer Zeit als Vorstellung fixirt gewesen ist; während das zweite ein Produkt des einen Augenblicks ist und nachher wieder vergessen wird; er hat sich keine feste Meinung gebildet über seinen Aufenthalt.

Besonders interessant ist das erstere Urtheil. Dass der Kranke von selbst das Bedürfniss hatte, sich über die Person des Arztes eine Meinung zu bilden, ist bei seiner Gleichgiltigkeit auffallend. Man muss annehmen, dass die mit ihm angestellten verhörähnlichen Unterhaltungen einen besonderen Eindruck gemacht haben, so dass er durch sie aus seiner Interesselosigkeit aufgerüttelt wurde. Aus der momentanen Situation heraus kam er in ganz logischer Weise auf jene Vermuthung; in Folge seines schlechten Gedächtnisses traten nun aber im Augenblick alle die Momente, die dagegen sprechen mussten, nicht in sein Bewusstsein, und so blieb er bei jenem Schluss stehen. Obgleich ihm weiterhin manches begegnete und zu Gesicht kam, was dagegen sprach, unterliess er doch in Folge seiner Stumpfheit eine Berichtigung.

Es haben also an der Entstehung dieses falschen Urtheils die Gedächtnissschwäche, die Langsamkeit im Ablaufe der geistigen Funktionen und wohl auch die herabgesetzte Aufmerksamkeit Schuld.

Bei der Entstehung des zweiten Urtheiles, die Anstalt sei ein Gasthaus, das, wie erwähnt, erst in dem Momente entsteht, wo er gefragt wird, spielen dieselben Faktoren mit.

Wenden wir uns nun zu unserer eigentlichen Aufgabe, der Betrachtung der Gedächtnissstörung.

Da sollen zuerst zwei Gespräche mitgetheilt werden, die einige Tage nach der Aufnahme des Kranken mit ihm geführt wurden.

18. Oktober 1900. (5 Tage nach der Aufnahme).

Wie lange sind Sie hier?	„Seitdem 12. Oktober 1900". (Richtig).
Wo sind Sie jetzt?	(Es ist ihm schon mehrmals gesagt worden, wo er sich befindet). „In der Heilanstalt zu H." (Heimathsort des Patienten).
Wer hat Sie hierher gebracht?	„Die Eisenbahn-Direction".
War ein Verwandter von Ihnen in Ihrer Begleitung?	„Nein".
In welcher Stadt sind Sie?	„In Rheine".
In welchem Kreise liegt das?	„Im Kreise Münster". (Es wird ihm nun gesagt, dass er in Göttingen ist).
In welcher Provinz liegt Göttingen?	„Göttingen gehört zu Kassel. Nein, zu Hannover."
Welches Jahr schreiben wir jetzt?	„1892".
In welchem Jahre sind Sie geboren?	„1862". (Richtig).
Wie alt sind Sie dann?	(Schweigt lange).
Welches Jahr haben wir?	„1898".
Wann sind Sie hierher gekommen?	„Am 12. August".
Wo sind wir jetzt?	„In Lengerich".
Wieviel giebt 4 × 9?	„36".
9 × 13?	„117".
113 — 17?	(Nach langem Besinnen) „97".
Wie haben Sie das gerechnet?	„Ich weiss die Frage nicht mehr".
(Sie wird wiederholt).	„96".
In welchem Jahr leben wir?	„1899".
Wie alt sind Sie demnach?	„32 Jahre".

(Einen diktirten längeren Satz, der die Erbauung des Mittellandkanals zum Gegenstand hat, schreibt der Kranke richtig nach.)

Um welche Flüsse handelt es sich beim Mittellandkanal?	„Das weiss ich nicht mehr".
Was für Flüsse giebt es in Norddeutschland?	(Schweigt).
In welches Meer fliesst der Rhein?	(Schweigt).
An welchem Flusse liegt Hamburg?	„An der Elbe".

22. October 1900. (10 Tage nach der Aufnahme des Kranken).

In welchem Orte sind Sie?	„In Rheine".

Wann waren Sie in der Stadt? (Er war vorgestern in der Poliklini für Halskranke). „Das weiss ic nicht mehr“.
Was haben Sie dort gemacht? „Ich liess meine Augen untersuchen“
Welcher Tag ist heute? „Der 17. September“.
Haben Sie Geschwister? „Ja“.
Wie viele? „Ausser mir drei, einen Bruder un zwei Schwestern“. (Richtig).

(Die Fragen nach Beruf, Namen und Alter der Geschwister werder richtig beantwortet).

Wie heisst Ihr Schwager? „R.“ (Richtig).
Wann haben Sie den zuletzt gesehen? „Gestern war ich bei ihm“. (Unrichtig).
Wo wohnt er? „In M. in Westfalen“.
Wann haben Sie ihn zuletzt gesehen? „Am 22. August“.
Welches Jahr haben wir jetzt? „1898, nein 99“.
Wie alt sind Sie? „Im 38. Jahre“.

Bei der Interesselosigkeit des Patienten und der Verminderung seiner Aufmerksamkeit ist es verständlich, dass seine Erinnerungen mangelhaft sind; er parcipirt viel weniger als ein Gesunder. Wir konstatiren also als eine Ursache seiner defecten Erinnerung *Herabsetzung der Aufmerksamkeit*.

Indess geht schon aus dem Mitgetheilten zur Evidenz hervor, dass auch das Gedächtniss stark geschädigt ist.

Vor allem fällt die enorme *Verminderung der Merkfähigkeit* auf.

Wie erwähnt, sagt man ihm täglich mehrere Male, dass er in Göttingen ist, doch er merkt es sich nicht.

Regelmässig giebt er auf die Frage nach seinem Aufenthaltsorte eine der ihm von früher her bekannten Städte an. Aber auch diese Angabe vergisst er sofort, sodass er in kurzer Zeit die widersprechendsten Aussagen macht.

Einige Versuche machen diese kolossale Störung noch deutlicher.

2. Februar 1901.

Vier Federhalter werden dem Patienten gezeigt. Einer davon, den er sich besonders merken soll, ist aus Holz, gelb mit schwarzen Punkten, und mit einer Feder versehen. Nach 3 Minuten wird gefragt:

Wie war der Federhalter beschaffen? „Aus welchem Metall er war, weiss ich nicht“.

Welche Farbe hatte er? „Grau, es waren schwarze Flecken daran“.

Wie viel Federhalter zeigte ich Ihnen noch? „Noch drei“.

Wodurch unterschied sich der erste von ihnen? „Er hatte schwarze Punkte und eine Feder“.

Nun soll sich der Kranke aus einem Cigarrenetui eine Cigarre nehmen. Da er aber das Etui nicht öffnen kann, wird sie ihm gegeben. Nach drei Minuten:

Woher haben Sie die Cigarre? „Von Ihnen, Herr Assessor“.

Wo war sie? „Sie lag hier auf dem Tische“.

(Auf eindringliches Befragen). „Sie haben sie aus dem Etui genommen“.

Wer hat die Cigarre aus dem Etui genommen? Sie oder ich? „Ich habe sie selbst herausgenommen“.

Er erkennt nun unter zwei Etuis das vorher gesehene wieder und weiss, wieviel Cigarren darin waren. Noch einmal befragt sagt er: „Sie haben die Cigarre herausgenommen und hierher gelegt“, dann fügt er, das Etui betrachtend, noch hinzu: „Ich konnte den Verschluss nicht öffnen“. Nach wenigen Minuten aber behauptet er wieder, er habe die Cigarre selbst genommen.

Vier Gegenstände werden vor den Augen des Patienten auf den Tisch gelegt. Er nennt sie richtig: ein Stempel, ein Etui, ein schwarzer und ein farbiger Bleistift. Darauf werden die Gegenstände verdeckt, und er giebt an: „zwei Bleistifte, ein Etui, ein Federhalter; (auf Ermahnung) ich glaube, es war keine Feder daran“.

Jetzt werden ihm die Stücke wieder gezeigt und abermals zugedeckt.

Wie viel Gegenstände liegen unter dem Tuche? „Vier“.

Welche? „Ein Federhalter, zwei Bleistifte, den vierten weiss ich nicht mehr“.

Nach einem Blicke unter das Tuch giebt er alle richtig an; bereits nach $^1/_2$ Minute aber nennt er sie wieder falsch.

Merken Sie sich eine Zahl. „218“.

Nach $^1/_2$ Minute, während deren geschwiegen wurde, wiederholte er sie richtig.

Patient ist sichtlich erschöpft. Der Arzt verlässt mit ihm das Zimmer und kommt nach 2 Minuten wieder mit ihm herein.

Waren Sie hier schon einmal? „Ganz früher“.

Vor mehreren Tagen? „Nein, vor längerer Zeit“.

(Auf den Protokollführer zeigend). Kennen Sie den Herrn? „Ja, früher habe ich ihn schon gesehen“.

Es ist bemerkenswerth, dass gegen Schluss der Untersuchung, wo der Patient „sichtlich erschöpft“ war, seine Merkfähigkeit fast ganz versagte. Der erste Versuch mit den Federhaltern gab das beste Resultat, wohl weil der Kranke noch frisch, die Aufgabe relativ einfach war und seine Aufmerksamkeit besonders auf den zu merkenden Gegenstand hingelenkt wurde. Auf den zweiten Versuch kommen wir später zurück. Aus dem dritten geht deutlich hervor, wie kurze Zeit der Kranke seine Erinnerungen festzuhalten vermag; wahrscheinlich wirkte aber hier schon der Einfluss der Ermüdung mit.

2. Februar 1901.

Die Untersuchung findet in demselben Zimmer statt wie die vorige. Der Patient erkennt das Lokal wieder; er glaubt, schon darin gewesen zu sein, weiss jedoch nicht wann.

Zunächst soll er sich die Zahl 3482 merken. Als er sie nach $1^1/_2$ Minuten, während deren nur gefragt worden war: „in welcher Stadt sind Sie?“ wiederholen soll, sagt er: „1230“. Darauf wird ihm die Zahl 92356 aufgegeben. Nach 2 Minuten langem Stillschweigen nennt er sie richtig.

Der Satz:

> In einer konstitutionellen Monarchie ist die Freiheit des Individuums durch das Zusammenwirken der einzelnen verfassungsmässigen Faktoren garantirt —

kann nicht nachgesagt werden, wohl aber dieser:

> In einem Thal bei jungen Hirten erschien in jedem Jahr ein junges Mädchen.

Auch die Worte:

> Durch die Verfassung ist die Freiheit des Bürgers garantirt —

giebt der Kranke nach 2 Minuten langem Schweigen richtig wieder.

Jetzt wird er gefragt:

In welchem Orte sind Sie?	„Das ist mir entfallen“.
Wie lautete der letzte Satz?	„Durch dieses Nachfragen ist er mir entfallen“.

Er kann auch den Sinn des Satzes nicht wiedergeben.

Zuletzt wird ihm noch dies vorgesprochen:

> Der Wechsel der Jahreszeiten bringt die nöthigen Temperaturunterschiede hervor.

Unmittelbar darnach sagt der Kranke:

> „Der Wechsel der Jahreszeiten bringt die nöthigen Temperaturen hervor.“

$2^1/_2$ Minuten später, während deren zwei Fragen gestellt wurden, ist dieser Satz völlig vergessen. Es wird ihm gesagt: Der Wechsel —, und

da fährt er fort: „Der Wechsel der Jahreszeiten hängt von der Temperatur ab".

Man sieht, dass der Kranke Zahlen oder Worte nur dann wenige Minuten lang zu behalten vermag, wenn er während dieser Zeit in keiner Weise beschäftigt ist. Der zerstörende Einfluss jedes Vorstellungsablaufes auf die eben erworbenen Erinnerungsbilder ist ganz evident. Ganze Sätze spricht er nach kürzester Zeit noch nach, wenn sie nicht zu lang sind und keinen abstrakten Inhalt haben. Im letzteren Falle merkt er sich oft nicht einmal den Sinn. Personen, die der Kranke täglich sieht, wie einige Kranke und Wärter, ebenso den Abtheilungsarzt, erkennt er und vermag sie zu beschreiben. Solche dagegen, die er seltener sieht, wie z. B. die anderen Aerzte der Klinik, kennt er nie wieder. Im allgemeinen wird man aus den Versuchen den Eindruck gewinnen, dass der Patient dasjenige, was er sieht, relativ am besten behält.

In Folge der grossen Vergesslichkeit datirt auch dieser Kranke, wie der vorhin besprochene Paralytiker, Ereignisse der letzten Vergangenheit, die er sich gemerkt hat, jeweilig nur wenige Tage zurück. So giebt er stets an, 14 Tage ausser Dienst und etwa 10 Tage in der Klinik zu sein, selbst noch, als er schon thatsächlich ein halbes Jahr dort ist.

Alle älteren, vor seiner Erkrankung erworbenen und im gewöhnlichen Leben oft reproduzirten Vorstellungen sind ihm noch gegenwärtig; ebenso vermag er fest eingelernte Reihen, wie Vaterunser und Alphabet, fehlerlos herzusagen. Dagegen erinnert er sich seltener reproducirter Begriffe nur mühsam; von seinen Schulkenntnissen hat er manches vergessen (s. S. 235).

Wie man sieht, ist in diesem Falle die Verminderung der Merkfähigkeit so bedeutend, dass sie das ganze Bild der Gedächtnissstörung beherrscht. Doch erkennt man unschwer an einigen Beobachtungen, dass der Kranke auch schwerer reproducirt als ein Normaler. Dies lehrt deutlich der oben mitgetheilte Versuch mit den Cigarren (Seite 237). Und eine Beobachtung vom 19. März 1901 erwähnen wir auch am besten an dieser Stelle.

An diesem Tage assen die Kranken mittags zum ersten Male Fischwurst. Um $^3/_4$1 Uhr wurde dem Patienten der Name des Gerichtes genannt und erklärt, woraus er bestehe. Abends fragte ihn ein Arzt:

Was haben Sie heute Mittag gegessen?	„Das ist mir entfallen“.
War es Fleisch, Kartoffeln, Klösse?	„Ich glaube, eins davon kann es gewesen sein“.
War es Wurst?	„Ja, Wurst war es“.
Woraus bestand die Wurst? aus Kalbfleisch?	„Ja“.
War sie nicht aus Fisch?	„Ja, jetzt erinnere ich mich, sie war aus Fisch“.
¼ Stunde nachher fragte ihn ein anderer Arzt, was er zu Mittag gegessen habe.	„Ich glaube Wurst“.
Was für Wurst war es?	„Ich weiss es nicht, früher habe ich solche nie gegessen“.
Hat Ihnen Jemand gesagt, aus was die Wurst war?	„Nein“.
Hat Sie schon jemand gefragt, was Sie zu Mittag gegessen haben?	„Ja, vorhin der andere Arzt“.

Man sieht, dass der Patient nicht alles vergessen, dass er thatsächlich einige Erinnerungsbilder niedergelegt hat, die er nur nicht spontan reproduciren kann. Interessant ist auch, dass der ältere Begriff „Wurst“ sich schliesslich seinem Gedächtnisse einprägte, nicht aber der dem Patienten ganz neue der Fischwurst.

Fassen wir zum Schlusse die Ergebnisse unserer Beobachtungen zusammen.

Wir fanden bei jedem der beiden Patienten die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit und das Reproductionsvermögen herabgesetzt.

Der Paralytiker bot diese drei Störungen in mehr gleichmässiger Weise, und wir konnten an ihm erkennen, wie die Verminderung der Aufmerksamkeit eine bestehende Gedächtnissschwäche viel schwerer erscheinen lässt als sie thatsächlich ist. Der Natur seiner Krankheit nach geht dieser Patient einer Gesammtabschwächung seiner geistigen Functionen entgegen, und es ist beachtenswerth, wie hier die Abnahme des Gedächtnisses der der übrigen psychischen Fähigkeiten vorangeht.

Bei dem zweiten Kranken war in hervorragender Weise die Merkfähigkeit herabgesetzt. Dadurch ist seine Gedächtnissschwäche viel schwerer als die des Paralytikers. Insbesondere bot dieser Fall Gelegenheit, die Einwirkung einer schweren Verminderung der

Merkfähigkeit auf die Urtheilsschwäche, überhaupt auf die Herabsetzung der psychischen Thätigkeit zu beobachten.

Was das markanteste Symptom der Gedächtnissschwäche, die Verminderung der Merkfähigkeit, anlangt, so kann man es besonders an dem Kranken mit Hirnsyphilis studiren.

Diese Störung äussert sich darin, dass von vielen Wahrnehmungen gar keine, von anderen nur abnorm undeutliche Erinnerungsbilder niedergelegt werden, und dass die niedergelegten Erinnerungsbilder nur abnorm kurze Zeit festgehalten werden.

Die Merkfähigkeit ist nicht in gleichem Masse für alle Wahrnehmungen herabgesetzt. Die des Gesichtssinnes z. B. behielten beide Kranken am besten.

Eine Wahrnehmung wird um so leichter gemerkt, je öfter sie stattfindet. Wirken nach ihr noch andere ein, folgt auf sie ein Vorstellungsablauf fremden Inhaltes, so erschwert dies das Festhalten der Erinnerung.

Von eminent hemmendem Einfluss aber auf die Function der Merkfähigkeit ist die Ermüdung.

In beiden Fällen ist durch die Herabsetzung der Merkfähigkeit, durch die Verminderung der Zahl der Erinnerungen, eine Abnahme des zeitlichen Schätzungsvermögens bedingt.

Welche Wirkung aber eine schwere Gedächtnissstörung auf die gesammte psychische Thätigkeit ausübt, lehrt das Beispiel des Patienten mit Hirnsyphilis. Bei ihm trug sie erheblich zur Störung der Urtheilsbildung bei und veranlasste dadurch die Entstehung einer wahnhaften Idee.

Literatur.

Th. Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie. Jena 1900.

Th. Ziehen, Psychiatrie. Berlin 1894.

P. Ranschburg, Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken. — Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. IX, H. 4.

A. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. Jena 1900.

L. Weber, Ueber isolirte schwere Gedächtnissstörung. — Deutsche medicinische Wochenschrift 1901, No. 12. Referat über die Sitzung der Medicinischen Gesellschaft in Göttingen am 7. Februar 1901.

L. Weber, Ueber isolirte schwere Gedächtnissstörung. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin. Bd. 58.

Ueber eine Form von Zwangshandlung

nebst ausführlicher Familienkrankheitsgeschichte.

Von

Dr. med. **J. Rudolph,** prakt. Arzt und Frauenarzt zu Heilbronn a. N.

Siebzehn Jahre, alt beobachtete ich einen Mitschüler, wie er beim absichtlichen und unabsichtlichen Berühren irgend eines Gegenstandes letzteren nacheinander und wiederholt an genau der gleichen Stelle mit symmetrischen Körpertheilen berührte, wobei die Anzahl der Berührungen von der geraden Zahl beherrscht zu sein schien.

Zum Studium der Medicin gelangt, entdeckte ich bei einem Jugendfreunde und dessen Schwester die gleiche Erscheinung. Hiedurch wurde mein Interesse wach, und ich machte die genannte Erscheinung zum Objecte eines eingehenderen Studiums, über dessen Resultate ich berichten will.

Erstgenannte Person, namens J. O., beobachtete ich von seinem 17.—19. Lebensjahre. Kräftig gebaut, von frischem Aussehen verrieth er in seinen hastigen Bewegungen und in ungemein raschem Sprechen eine gewisse Nervosität. Wenn er mit der rechten Hand z. B. sein Pult schloss, gleich fuhr die linke Hand ebenfalls nach dem Schlüssel, um das Gleiche zu thun. Beide Hände lösten sich in öfterem Wechsel ab. Die Bewegungen vollzogen sich in überaus heftiger Weise. Bevor er überhaupt einen Gegenstand herühren wollte, schnellte er einige Male den Kopf nach rechts und links zur Seite, ob ihn bei seinen Manipulationen auch niemand beobachtete. Wenn er mit einem Fusse oder einer Schulter irgendwo an-

streifte, sofort wiederholte die symmetrische Körperstelle an der gleichen Berührungsstelle die Berührung. Ich machte damals meine Mitschüler auf die mir „sonderbar erscheinende Angewohnheit“ des J. O. aufmerksam, was den Erfolg hatte, dass alle seine „Eigenart“ nachahmend, ihn zum Besten hatten, was aber in keiner Weise erzieherisch auf ihn einwirkte. Im Gegentheil, er fröhnte seinem eigenthümlichen Drange in heimlicherer Weise.

Im Jahre 1897 bat ich J. O., der jetzt bereits 28 Jahre alt war, mir brieflich einige Fragen bezüglich seines damaligen Zustandes zu beantworten. Seine Mittheilungen fielen aber sehr nothdürftig aus, da er unliebsame Enthüllungen befürchtete.

Er schrieb: „Meine Handlungsweise hing mit einem unbewussten Gefühl zusammen, alles zweimal zu thun, ohne etwas Schlimmes von dem Ungeraden zu denken. Ich verband mit der betreffenden Handlungsweise keine Idee; wenigstens geschah sie nicht aus bestimmtem Interesse. Als Kind wurde ich zu Hause oft deshalb gezankt. In meinem 21. Lebensjahre verlor sich die Erscheinung. Ich betrachte sie als einen nervösen Zustand, der mit vielem Weintrinken zusammenhängen mag. Hob ich einen Stein auf und berührte dabei mit dem Finger den Boden, so tupfte ich einige Male nach dem Boden. Ich denke, es war etwa wie Augenzwinkern, Kopfnicken etc., eine üble Angewohnheit, welche mein Nervenzustand begünstigt haben mag“. In der That, Pat. ist erblich belastet. Seine Mutter soll auch geistig nicht normal gewesen sein. Im Februar dieses Jahres schrieb er:

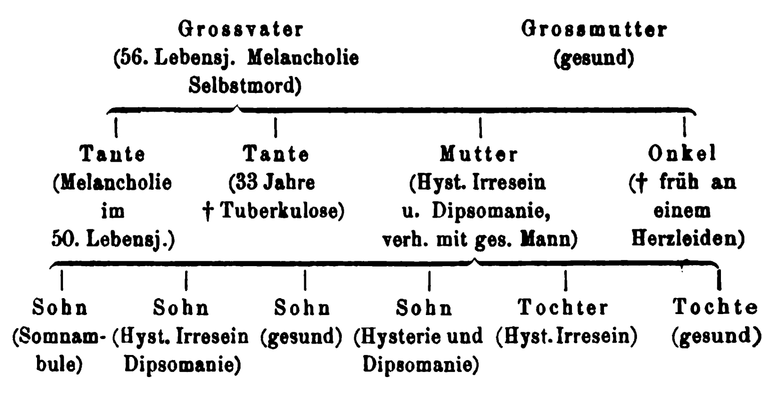
„Wie früher, so auch heute noch sind mir die geraden Zahlen lieber wie die ungeraden. Mein Bestreben, alles gern noch einmal zu thun, kann ich jetzt unterdrücken“. Als Postskriptum folgte: „Musste 4mal an dem Briefe schreiben, habe zu viel zu thun.

Leider war es mir nicht möglich (seit dem Jahre 1888), mit diesem Herrn in persönlichen Verkehr zu treten und ihn zu beobachten. Soviel aber steht fest, dass wir es hier mit Zwangshandlungen zu thun haben, welche so zu sagen unter dem Zeichen der Arithmomanie stehen.

Das Vorherrschende ist, dass der Patient sich dem Zwange unterworfen sah, alle berührten Gegenstände wiederholt berühren zu müssen.

Genauere Erhebungen bieten die beiden folgenden Fälle:

Vielleicht wird es der Uebersichtlichkeit wegen besser sein, wenn ich eine Stammtafel, soweit sie von Interesse ist, den Ausführungen voranstelle:



Der Grossvater erkrankte im 56. Lebensjahre in Folge einer heftiger Gemüthsbewegung an Melancholie. Auf einige Monate war er in eine Irrenanstalt untergebracht, entleibte sich aber bald nach der Entlassung aus derselben. Die Grossmutter, körperlich und geistig stets gesund, erreichte ein Alter von 86 Jahren.

Von den Kindern dieser beiden erkrankte die älteste Tochter im Alter von 50 Jahren gelegentlich der Verheirathung ihrer ältesten Tochter an Melancholie. Die Befürchtung eines in Aussicht stehenden Vermögensverlustes führte die Depression bei ihr herbei. Nach dreimonatlicher Internirung in einer Irrenanstalt wurde sie als geheilt entlassen und steht seitdem wieder ihrem grossen Hauswesen vor.

Die dritte Tochter der oben Angeführten, seit ihrem 24. Lebensjahre verheiratet mit einem körperlich und geistig stets gesunden, mittleren Beamten, ist Mutter von 6 Kindern, von welchem das 2. und 5. die oben angeführte Erscheinung unabhängig von einander zeigten.

Genannte Frau ist sehr intelligent und zeigt trotz geringer Vorbildung ganz hervorragende Kenntnisse und Belesenheit. Sie war nie ernstlich erkrankt. Seit ihrem 30. Lebensjahr leidet sie an Ulcus cruris.

Bezüglich ihres geistigen Zustandes bis zu ihrer Verheiratung konnte ich nichts erfahren. Nur das Eine erzählte sie einmal, dass sie im Alter von 14 Jahren von einem Burschen angefallen worden sei. Da sie gerade mit Grasschneiden beschäftigt gewesen sei, habe sie sich mit der Sichel gegen ihren Angreifer zur Wehre gesetzt. Nach *Breuer* und *Freud* müsste das hysterische Irresein, das sich bei ihr später einstellte, auf dieses Erlebniss zurückgeführt werden („Abwehrneurose“). Nach meiner Ansicht handelt es sich um Vererbung. In den ersten Jahren nach ihrer Verheiratung litt die Frau an zwangsmässiger Eifersucht. Wenn eines ihrer Kinder zu lange in der Schule blieb, stellten sich Zwangsbefürchtungen höchsten Grades ein. Wann die Schwankungen in der Stimmung zum erstenmale bei der Patientin auftraten, konnte ich nicht erfahren. Ich

muss mich lediglich auf die Angaben ihres zweitältesten Sohnes verlassen. Mit ihren Kindern scherzend sass sie da. Plötzlich, ohne dass etwas vorgefallen wäre, verfinsterten sich ihre Gesichtszüge. Dann war sie übel gelaunt. In dieser Stimmung war es ihr am liebsten, wenn alle die Köpfe hängen liessen. In dieser Stimmung erging sie sich in Schmähungen über den „treulosen" Mann, der nur dem Vergnügen nachzöge, während sie nichts vom Leben habe. Sie sei zum Dulden nur geboren. In dieser Stimmung griff sie zum Alkohol. Als dann das ulcus cruris sich einstellte, zeigte sich das hysterische Bild im hellsten Lichte. Jedes Familienmitglied musste „ihr Bein" sehen und sie bemitleiden als die Dulderin. Wenn sie nicht genügend Mitleid erntete, bearbeitete sie mit den Fingernägeln das ulcus und dessen Nachbarschaft. So ist Patientin für Familie und Bekannten seit 28 Jahren die Frau mit dem kranken Bein von allen Mitleid und Bewunderung zugleich heischend. Sämmtliche Quacksalber und Kurpfuscher wurden geholt, nachdem alle Aerzte „nichts gekonnt" hatten. Auf meinen Rat hin, sich operiren zu lassen, suchte sie eine hervorragende chirurgische Autorität auf, welche ihr zur Operation riet. Mit einer „Salbe" kam sie wieder nach Hause. Offenbar wollte sie nicht geheilt sein. Ihr Beinleiden war ihr bereits, wie *Kraepelin* sich ausdrückt, zum „Beruf", zur „Quelle der Unterhaltung" geworden. Beim gemeinschaftlichen Mittagsmahl ass sie manchmal nur Gemüse, obgleich Braten genug vorhanden war. Auf die Vorstellungen ihres Mannes hin, sie möge doch auch Fleisch essen, verweigerte sie dies. Sie spielte die Dulderin. Wir sehen „eine geflissentliche Hintansetzung der natürlichen selbstsüchtigen Neigungen mit dem stillen Anspruch auf besondere Anerkennung".

Alle Armen beschenkte sie überreich. Sie schwärmte für klösterliches Leben und obgleich Protestantin für die katholische Religion.

Das Selbstgefühl ist erhöht. Der Blick eines Vorübergehenden sagt ihr, dass man sie verachte. Die Rücksicht auf die Familie ist gestört. In der Familie selber führt sie die Herrschaft. Als Tribut des Gehorsams verlangt sie Anerkennung ihrer besonderen Persönlichkeit, Bewunderung und Mitleid. Wehe den Unbotmässigen! Eine ganze Reihe von Machtmitteln stehen ihr zu Gebote, die Ungehorsamen zum Gehorsam zurückzuführen. Eine ganze Strafenskala steht ihr zur Verfügung. Das Essen wird schlecht zubereitet. Sie droht mit einer fürchterlichen Familienscene. „Den grössten Streit fange ich an", sagte sie oft, wenn sie etwas durchsetzen wollte. Sie droht mit Selbstmord und Verlassen der Familie.

Oft aber fand man auch, dass die Patientin, wenn sie in trüber Stimmung war, das Essen absichtlich schlecht zubereitete. Ein Wörtchen des Tadels fällt, und der Sturm bricht los. Es giebt eine Familienscene. Es beugt sich alles wieder unter ihr Scepter. In den meisten Fällen greift sie dann auch zum Alkohol. Die auf diese Weise hervorgerufenen Alkohol excesse wiederholen sich in jedem Monat. Durch den Alkoholgenuss ist ihre Stimmung noch gereizter. *Kraepelin* fasst die Dipsomanie als zum

epileptischen Irresein zugehörig auf. Hier sehen wir die Dipsomanie au dem Boden des hysterischen- oder, wie andere Forscher es nennen, de Entartungsirreseins sich entwickeln. Sie trinkt nicht wie der epileptisch Dipsomane periodisch mit unwiderstehlicher Gewalt zum Alkohol hin getrieben. Sie weiss, dass sie ihre Familie am meisten straft, wenn si dem Alkoholgenuss sich ergiebt, dabei ist sie zugleich die Dulderin. „Ma hat sie wieder so weit gebracht", dass sie trinken musste. Auch als Potatrix will sie gewissermassen eine höhere Rolle spielen. Sie weist au jenes Bibelwort hin, dass der Wein den Traurigen gehöre; sie ist eine vo jenen Dulderinnen.

Patientin machte einen kleinen Lotteriegewinn. „Das Geld komm nicht in die Familie", sagt sie und kauft sich Armband, Uhr und Kette Schon der Gedanke, dass das Geld für die Familie benützt werden könnte versetzt sie in das Gefühl tiefster Beeinträchtigung.

Ebenso machte eine eigenartige Begehrlichkeit, wie sie nach *Kraepeli* für Hysterische charakteristisch ist, bei der Patientin sich geltend. Di Betten müssen anders gestellt werden, wie „sie es will". Der Brunnen wird in die Küche verlegt. Kurze Zeit später beantragt sie dessen Verlegung in den Hof. Aber schon bald muss der gusseiserne Brunnenkörper durch einen hölzernen ersetzt werden. Und wieder einige Zeit später erblicken wir den Brunnen wieder in der Küche. Was sie sich „in den Kopf gesetzt hat", muss durchgeführt werden. Auf der anderen Seite ist ihr Willen beeinflussbar von Leuten aus der niedersten Volksklasse, das sind ihre Autoritäten.

Stigmata sind nicht vorhanden.

Es besteht vollkommene Krankheitseinsicht. „Ich kann ja nichts dafür, dass ich so bin. Mein Vater war auch krank", sagte sie einmal.

In Zuständen heiterster Ausgelassenheit zeigte sich bei der Patientin Koprolalie des öftern. Auch Claustrophobie zeigte sich öfters.

Bei der Besprechung des Krankheitsbildes der erkrankten Kinder der Patientin werden wir noch einmal auf einiges hier Berührte zurückkommen.

Der älteste Sohn, körperlich sonst stets gesund, litt bis zum 13. Lebensjahre an Enuresis nocturna. Geistig, besonders auch auf musikalischem Gebiete, sehr beanlagt, war er ein Kopf mit rascher Combinationsgabe. Auch bei ihm beobachten wir unbeständige Stimmung. Bei den geringfügigsten Anlässen weint er. Als Knabe von 13 Jahren litt er an einer Form des Zwangsirreseins, welches bei einigen Lateinschülern meiner Vaterstadt geradezu wie eine Endemie auftrat. Die Knaben standen frierend vom Morgen bis zum Abend am Bahnhof und schrieben sich die Namen und Nummern der Lokomotiven auf. Kaum dass die Jungen zum Essen nachhause kamen. Zum Entsetzen ihrer Eltern und des Bahnpersonals setzten sich die Knaben oft den grössten Gefahren aus, nur um eine „neue" Lokomotive zu sehen und deren Namen nebst Nummer in ein Heftchen einzutragen.

Im Schlafe sprach er oft laut und im Alter von 30 Jahren zeigte er sich als Somnambule. Wie seine Frau mir erzählte, stand er mitten in der Nacht auf, wandelte einige Male im Zimmer auf und ab, um sich dann wieder niederzulegen. Vom 16. Lebensjahre ab sehen wir bei ihm wie auch heute noch hypochondrische Erscheinungen.

Der 3. Sohn war geistig und körperlich stets gesund.

Der 4. Sohn zeigt die Symptome des hystorischen Irreseins und der Dipsomanie und einen Anfall von Nachtwandeln. Bis zu seinem 13. Lebensjahr nässte er das Bett.

Das 6. und jüngste Kind wurde 5 Jahre nach dem vorletzten Kinde geboren und wurde des Hauses Sonnenschein. Geradezu ein erzieherischer Einfluss ging von diesem Kinde aus. Man stelle sich eine Familie vor, wo eine hysterische Mutter die Zügel führt. Eine Familie ohne Gemeinsinn. Selbstsucht und Rücksichtslosigkeit herrschen. Schreckliche Familienscenen spielen sich vor den Augen der Kinder ab. Wenn aber eines der Kinder erkrankte, so war die Mutter wie verwandelt. Dann war sie ganz die liebevolle Mutter, sogar in gesteigertem Maasse, wie es eben die Hysterie zeitigt. So war auch mit dem Erscheinen des jüngsten Kindes ein neues Familienband gegeben. Ein neues sympathetisches Verhältnis war an Stelle der zerrütteten Zustände getreten. Alles bemüht sich um den Familienliebling beinahe mit eifersüchtigem Wetteifer. Unbewusst führte die Kleine so das Regiment. Nesthäkchen erzog seine Familie. Wie durch die gesunde Blutmischung vom Vater aus bei den Kindern ein Theil des krankhaften mütterlichen psychischen Erbtheils paralysirt worden war, so erfuhr auch die verderblich wirkende erzieherische Thätigkeit der Mutter durch die Anwesenheit dieses Kindes, das voll und ganz die Erbin der klaren, heiteren Seele ihres Vaters war, eine Correctur. Allerdings machte sich in der Familie das Hysterische immer noch geltend, aber den allzu heftig schwingenden Saiten war ein Dämpfer aufgesetzt.

Wie hierdurch der Mutter wenigstens ein Teil ihrer Herrschaft entrissen wurde, erwuchs ihr eine noch gefährlichere Gegnerin in ihrer älteren Tochter, als diese in Pubertätsalter sie selbst ins Klimakterium trat. Förmlich eine Reihe von Kämpfen um das Regiment in der Familie fanden zwischen Mutter und Tochter statt. Jede der beiden Kämpferinnen suchte sogar das Nesthäkchen für sich zu erobern, um dessen Einfluss auf die ganze Familie für sich ausnützen zu können, aber auch nur in hysterischer Weise. Und als Siegerin ging die Tochter hervor. Sie führte fortan die Herrschaft, wobei sie freilich dem guten Einfluss der jüngeren Schwester sich nicht entziehen konnte. Sie suchte sie in ihre Netze zu ziehen, was ihr aber nicht gelang dank der psychischen Widerstandsfähigkeit derselben.

Die ältere Tochter litt als Kind an Rubeolae, war von Jugend auf bleichsüchtig. Später traten häufig Dysmenorrhoe und heftigste Diarrhöen auf. Auch bei ihr finden wir die Symptome des hysterischen Irreseins.

Auch giebt sie an, dass einige Male, wenn sie sich niedergelegt hatte, bemerkt habe, wie ihre Glieder schlaff und wie taub wurden, wobei sie aber das Bewusstsein nicht verlor. Erst nach einigen Minuten konnte sie die Glieder wieder bewegen. Als weitere „Eigenthümlichkeit“ giebt sie an, dass sie alle Gegenstände, die sie berührt hatte, wiederholt berühren musste mit dem „folternden Gedanken“, dass im Unterlassungsfalle ihr oder der Familie etwas Schlimmes zustossen würde.

Der zweitälteste Sohn, mit welchem ich seit meiner Jugend befreundet bin und dessen psychischen Zustand genauer zu beobachten, ich oft Gelegenheit hatte, war körperlich sehr gut entwickelt. Im 13. Lebensjahre litt er an Scharlach. Im Gegensatz zum ältesten Bruder war er, um mit Kant zu reden, weniger ein „Kopf von behenden Begriffen als von gründlichen“. Bei seinen Arbeiten machte sich ein Inseinzelstegehen, ein Tüfteln geltend, dass ihm selber zur Qual wurde, sodass er vor der Arbeit zurückschreckte und umgekehrt, wenn er einmal zu arbeiten angefangen hatte, nicht mehr aufhören konnte. Diese von Zwang diktirten Handlungen erinnerten äusserlich an die Schwerfälligkeit der Epileptiker.

Als Kind von 6 Jahren hatte er eine Gesichtshallucination. Seine Mutter erzählte ihm, sie habe als Kind einmal in der Nacht mit offenen Augen Leute mit spitzen Hüten hinter dem Ofen stehen sehen. Einige Tage darauf habe er in der Nacht die gleiche Erscheinung gehabt.

In der Volksschule hatte er eine Zeit lang unter dem Drucke zu leiden, jedes Gedicht, das er las, auswendig lernen zu müssen. Besonders Heldenlieder zogen ihn an, und in den gefeierten Helden sah er sich selbst verkörpert. Er trug sie gerne vor und glaubte so den Zuhörern als der Held selber zu imponiren. Einige Lehrer hätten ihn angeekelt, weil ihm manche Dinge an ihnen so weibisch erschienen. Diesen Ekel vor Weibern und allem Weibischen habe er bis zu seinem Eintritt in die Tanzstunde bewahrt, zu deren Besuch man ihn elterlicherseits aus erzieherischen Erwägungen zwang. Diese Erscheinung führte er zurück auf die Wirkung einer höhnischen Rüge, welche ihm ein Schulkamerad erteilte, als er einem Nachbarmädchen Blumen brechen half. Derselbe Knabe habe ihm auch angeraten, beim Gehen die Kniee nicht durchzudrücken, den Kopf nicht so hoch zu heben, nicht hochdeutsch zu sprechen und alles habe er befolgt: denn in den Händen jenes Knaben war er ein gefügiges Werkzeug. Sogar Frechheiten, welche sich dieser ungezogene Junge seiner Mutter gegenüber erlaubte, habe er sofort auch zuhause begangen. Wir stehen hier einerseits vor dem Kapitel der „geheimen Erzieher“, andrerseits vor der Thatsache, dass mein Jugendfreund bereits als Kind grosse Unselbständigkeit zeigte. Diese Unselbständigkeit ist ihm bis heute geblieben. Mit 9 Jahren kam er in die Lateinschule und aus dem Bann jenes Schulkameraden. Einer neuen Autorität musste die frühere unwürdige Platz machen. Es war der Religionslehrer. Die Zwangsvorstellungen rückten hinüber aufs

religiöse Gebiet. Stundenlang betete er, da das letzte Gebet immer nicht gut genug gewesen wäre.

Und immer habe er für seinen Vater gebetet, dass dieser nicht sterben möge. Letztere Idee sei er bis zu seinem 16. Lebensjahre nicht los geworden. Der Patient glaubt, sowohl Stoff als Form zu seinen Zwangshandlungen aus dem religiösen Unterricht gewonnen zu haben. Es liegt hierin vielleicht eine Mahnung an unsere Schulen, unsere armen Kleinen nicht zu frühe und nicht zu viel mit Stoffen zu quälen, die den Kindern unverständlich sind. Tagelang sehen wir jetzt unseren Patienten Gesangbuchslieder in abundanter Menge memoriren, ohne dass es verlangt gewesen wäre. Vom 13. Jahre ab, musste der Patient alle Gegenstände, die er berührt hatte, ebenso mit der anderen Hand, dem anderen Fuss etc. wiederholt nach Maassgabe der geraden Zahl berühren. Alle Gegenstände, die ihn trafen, habe er ebenfalls berühren müssen. Dabei habe ihn immer die Zwangsbefürchtung gefoltert, dass sein Vater im Unterlassungsfalle sterben würde. Wie man von einer Arithmomanie spricht, so könnte man diesem Zustande, welchen ich bei drei Personen, wobei keine von der anderen abhängig war, fand, die Bezeichnung Haptomanie beilegen, wenn auch nur als Symptombezeichnung; denn ich weiss wohl, dass jener Standpunkt der früheren Psychiatrie mit seiner Lehre von den „Monomanien“ als überwunden gilt.

Später gesellten sich zu dieser Zwangshandlung noch andere ähnlicher Art. Sogar dei der Defäkation musste das prelum abdominis in einer bestimmten Anzahl pressen, immer unter dem Einflusse jener Zwangsbefürchtung.

Alle drei Personen suchten ihrer Haptomanie im Geheimen Genüge zu leisten, während die beiden letztgenannten Geschwister bezüglich ihrer hysterischen Symptome Mitleid, Bewunderung und Anerkennung fordernd vor die Oeffentlichkeit traten. Wir wissen, dass beim hysterischen Irresein Zwangshandlungen auftreten können. Wenn nun die beiden letztgenannten Personen gewisse Symptome geheimhalten, mit anderen dagegen paradiren, so kann das nur dann verstanden werden, wenn wir die ganze Persönlichkeit hysterisch umgewandelt uns vorstellen. Der Hysterische vermeidet in seinem erhöhten Selbstgefühl und in seiner Empfindlichkeit, was ihm Spott eintragen könnte. Er will ja gerade das Gegentheil; er will in den Köpfen der anderen als etwas ganz besonderes dastehen.

Bis zu seinem 16. Lebensjahr sehen wir Selbstsucht, Empfindlichkeit, Rücksichtslosigkeit, Eigensinn und Störrischsein in typischer Weise hervortreten. Patient isst oft nichts, um Mitleid zu ernten. Nachts, wenn alles

schläft, schleicht er in die Küche und isst sich satt. Als er 14 Jahre alt war, hatte er beim Käfertöten angenehme Gefühle. Aus dem gleichen Grunde schaute er sehr gerne beim Schlachten zu und wollte selbst immer gerne schlachten. Mit 15 Jahren gerieth er beim Lösen einer Rechenaufgabe in eine solche Aufregung, dass sich die gleichen angenehmen Gefühle einstellten und es sogar zu Samenergiessung kam. Wir sehen, wie der Sadismus sich zufällig entwickelt. Eine sehr leicht erregbare Geschlechtssphäre bildet die Grundlage.

Im 15. Lebensjahre bemerkte der Patient, als er vom Baden nach Hause kam, dass er sich niederlegen musste und ihm die Herrschaft über seine willkürliche Musculatur von oben nach unten fortschreitend für einige Minuten verloren ging. Wie sie allmählich von oben nach unten erlosch, so kehrte die Bewegungsmöglichkeit allmählich von unten nach oben wieder. Zuerst habe er die Zehen wieder bewegen können, dann die Wadenmuskeln u. s. w. Sobald das eingetreten sei, habe er kräftig mit den betreffenden Muskeln gearbeitet, um wieder das „Leben" in seinen Körper zurückzubringen. In diesem Zustand habe er alles sehen und hören, aber nicht um Hülfe rufen können. Das Bewusstsein war völlig klar. Er habe geglaubt, dass er sterben würde.

Aehnliche Anfälle zeigten sich im 23. Lebensjahre. Patient konnte willkürlich diese Lähmung herbeiführen. Er brauchte sich nur niederzulegen und zwar so, dass der Kopf tiefer lag. Bald aber verlor sich dieser Zustand und trat seit jener Zeit nicht mehr ein. Krämpfe waren nicht vorhanden. Auch fehlten Sensibilitätsstörungen. Nur manchmal schien es dem Patienten, als habe er in der Haut nicht das richtige Gefühl und dass der Körper ganz leicht sei. Auch sei es ihm einige Male passirt, dass er plötzlich nicht mehr sprechen konnte, was sich aber bald verlor. Obiger Verlauf der hysterischen Lähmungsanfälle ist insofern noch interessant, als er geradezu einen experimentellen Beweis zu liefern scheint, dass gesteigerter Blutdruck, welcher eine plötzliche Rindenasphyxie zu erzeugen im Stande ist, eine Rolle dabei spielte. Nur im Liegen, und zwar bei tiefer liegendem Kopfe, trat die Lähmung auf. Dieser künstlich hervorgerufene gesteigerte Blutzufluss zum Gehirn unterstützte die Vorgänge im hysterisch erkrankten, leicht erregbaren nervösen Apparat der Musculatur der Gehirngefässe oder rief den Prozess hervor, indem er den Reiz hierzu setzte. Im 16. Lebensjahre zeigte der Patient stuporähnliche Zustände. Er kauerte in einer Ecke nieder und sass stundenlang regungslos da. Auf jede freundliche Aufforderung hin, doch aufzustehen, habe er erst recht in seiner Haltung verharrt und keinem Menschen Antwort gegeben. Mir enthüllte er, dass er sich so recht unglücklich fühlte und wie eine Art Märtyrer bemitleidet sein wollte. Als Ursache giebt er an, dass er zu einem Berufe gezwungen war, der sein Gemüth nicht ausfüllte. Und wirklich, als die Eltern später in eine Berufsänderung einwilligten, verloren sich die heftigeren Erscheinungen. Damals äusserte er auch öfter, dass er sich das

Leben nehmen wolle, ohne dass es ihm aber dabei Ernst gewesen wäre. Auch prahlte er gerne mit durchgemachten Krankheiten, die ihn immer an Grabesrand gebracht hätten. Oefter habe er sich bei Erzählungen zu Lügen und Schwindeleien hinreissen lassen und die Erlebnisse anderer als seine eigenen hingestellt. Sogar soweit liess er sich hinreissen, dass er mit angeblichen Verbrechen naher Verwandter sich brüstete. In der Schule seien ihm plötzlich Lehrer und Mitschüler ganz verändert vorgekommen und er sei geradezu aufgeschreckt. (Epilepsie?)

Auch zu Hause bei Eltern und Geschwistern sei ihm plötzlich der Gedanke gekommen, er befinde sich unter wildfremden Menschen, und habe dann alle der Reihe nach angesehen, ob er sie denn auch wiedererkenne. Vielleicht haben wir hierin eine Mischung mit epileptischen Zuständen zu erblicken. In der Schule vom Lehrer examinirt, habe er oft eine Antwort gegeben, die ihm durch den Kopf schoss, obgleich er die richtige, vom Lehrer gewollte Antwort wusste, und sogar, wenn ihm empfindliche Strafe winkte. Für obige Zwangsvorstellungen machte er eine von seiner Mutter öfters gebrauchte scherzhafte Aeusserung haftbar, dass er fremder Leute Kind sei und von Zigeunern gebracht worden sei. Für das Entstehen seiner Zwangshandlung, alles berühren zu müssen, machte er eine im Volksaberglauben lebende Ansicht haftbar, dass man beim Anstossen an einen Stein nochmals zurückgehen und ohne anzustossen darüber steigen müsse, wenn man kein Unglück erleben wolle. Was Gesunde rasch vergessen, schlug bei ihm tausendfach Wurzel. Die Zwangsbefürchtung, dass der Vater sterben müsse, verlor sich, aber der Zwang des Berührenmüssens erhielt sich bis ins 30. Lebensjahr des Patienten.

Es scheint somit, dass jene Zwangsbefürchtung in Folge der Grübelsucht des Patienten erst secundär hinzugetreten war. Er habe oft über Dinge Tage lang nachdenken müssen, um die ein anderer sich gar nicht kümmere.

Im 17. Lebensjahr besuchte Patient einen Tanzkurs. Nur vorübergehend erwachte sein Gefühl für ein Mädchen, um rasch einem unendlich tiefen und innigen Gefühl für einen schönen Tanzkursgenossen Platz zu machen, den er oft liebkoste und küsste und für den er eine Verehrung im Herzen trug, wie für ein Mädchen. Das Object seiner Liebe verliess bald die Stadt, und die conträre Sexualempfindung wich. Patient glaubt, dass der in der Kindheit ihm eingeimpfte Weiberhass hier nochmals seine Wirkung entfaltete.

Im 18.—20. Lebensjahr ist der Patient Querulant. Auf der Strasse hält er Bekannte an und sucht Bekannte auf, um ihnen in endlosen Jeremiaden das Unrecht vorzutragen, dass man ihn zu einem Berufe gezwungen habe, der ihm nicht zusage. Wenn er mit einem Fremden ins Gespräch kam, so wusste er sehr geschickt auf sein Querulantenthema hinüberzuleiten. Dieses Queruliren entstand auf Grund des hysterischen Symptoms des erhöhten Selbstgefühls und dem damit verknüpften Gefühl, zurückge-

setzt und benachtheiligt zu sein. Während der eine eigenartige Entwickelungsform der Verrücktheit bildende Querulantenwahn seine tiefere Grundlage immer in einer Unzulänglichkeit des Urtheils hat, so begegnen wir hier einem hysterischen Querulanten. Er querulirt, um interessant zu scheinen, er ist das Opferlamm, das für das Wohl seiner Familie blutet. Durch seine Zurücksetzung und Benachtheiligung haben die anderen Familienmitglieder Vortheil. Patient verstand es auch thatsächlich, in jeder Gesellschaft sich sehr rasch zum interessanten Mittelpunkte zu machen.

Auch zornige Erregungen, wie sie dem epileptischen Irresein eigen sind, zeigen sich bei dem Patienten. Von seinem Jähzorn liess er sich öfter zu Thätlichkeiten hinreissen, die er dann durch Gefühlsausbrüche übertriebener Art wieder gut zu machen suchte. In seinem 19. Lebensjahre besteigt Patient den Pegasus. Aber seine poetischen Machwerke sind lauter hysterische Bekenntnisse. So erinnere ich mich eines sich durch die ungeheure Weitschweifigkeit und Schwülstigkeit der Ausdrücke sich auszeichnenden Opus, in welchem von einem Kaplan die Rede ist, der eine ihm unbekannte Dame glühend liebt und ungeheure Seelenkämpfe bestehen muss. Er las mir thränenden Auges öfter seine Elaborate vor. Er kam mir dann jedes Mal vor wie eine Person, die sich in eine beobachtende und in eine beobachtete getheilt hat. Er sah sich selber am Kreuz hängen und stand weinend und bewundernd unter den Zuschauern, zugleich spionirend, was diese über ihn denken und für ihn fühlen. Mit der Berufsänderung verlor sich auch die poetische Neigung. Er sagte öfter, er müsse dichten, und wenn er nicht wolle. Erst wenn ein Gedicht niedergeschrieben sei, wäre er von einer inneren Last befreit. Dass er als Dichter gelten wollte, scheint mir auf Grund des hysterischen Selbstgefühls, aus dem Drang, interessant zu erscheinen, entstanden zu sein.

Und ebenso stand es mit den zeitweilig auftretenden Alkoholexcessen. Als er das Wirthshaus besuchen durfte, concurrirte er sofort mit den besten Trinkern, um es ihnen zuvorzuthun, zumal er in jeder Gesellschaft den Mittelpunkt zu bilden suchte. Da er nun im Rausch Vergessen fand, so sehen wir ihn zum Alkohol greifen, wenn traurige Stimmung ihn überkommt. Es ist ähnlich wie mit dem Entstehen des Sadismus bestellt. Ein psychopathisch Veranlagter quält einmal zufällig ein Thier und hat geschlechtliche Erregung dabei. Um letztere herbeizuführen, geräth er allmählich in die Geleise seines Leidens.

Wir sehen den Patienten bald sich überarbeiten, bald in wehleidigem Müssiggang, wie *Kraepelin* bei der Besprechung der constitutionellen Verstimmung hervorhebt, die unmerklich in das Gebiet des hysterischen Irreseins hinüberfliesst. In der Zeit solchen Müssiggangs sucht der Patient die Gesellschaft auf, die er dann wieder wochenlang meidet. In der Gesellschaft ist er dann derjenige, der am meisten trinkt. „In Allem, was er thut, übertreibt er", sagten seine Bekannten. Im Rausche kommt es zu leidenschaftlichen Gefühlsausbrüchen und Aufstellung guter Vorsätze, daneben

manchmal auch zu Zornwallungen und Aeusserungen tiefsten Hasses gegen abwesende Personen, die ihn einstens unendlich beleidigt haben.

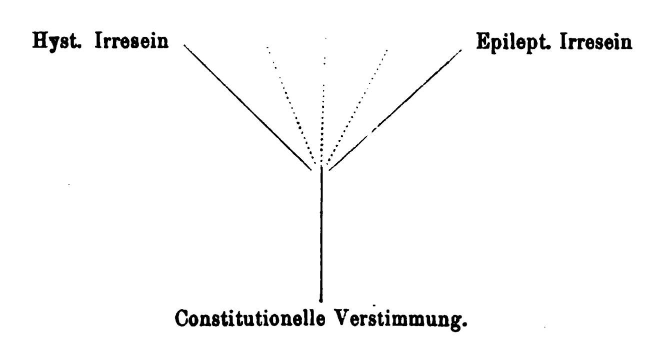
Bis ins 31. Lebensjahr, in welchem der Patient jetzt steht, taucht hin und wieder jene Berührungsmanie wieder auf. Aber eine Zwangsbefürchtung ist nicht mehr damit verbunden. Der Patient leidet jetzt unter dem Zwang, alle Gegenstände zählen zu müssen. Patient hielt sich von Jugend auf für krank und sagte oft: „Ererbt habe ich meinen seltsamen Geist von meiner Mutter", vielleicht auch eine Art hysterischer Prahlerei. Vielleicht gesellten sich die Zwangsbefürchtungen unter Eingabe eines Erklärungsversuches zu den Zwangshandlungen. Patient wusste, dass das Berührenmüssen eigentlich „dummes Zeug" sei, aber dennoch musste er berühren. Für den unerklärlichen Zwang suchte er eine Erklärung, eine Begründung, wie *Griesinger* auch die Versündigungsideen des Melancholischen einer Art Erklärungsversuch entspringen lässt, wie *Kraepelin* berichtet.

Unwillkürlich drängt sich uns bei der Beobachtung unserer beiden letzten Fälle die Frage auf, ob wir es nicht mit constitutioneller Verstimmung oder nur mit Entartungsirresein und nicht mit hysterischem oder gar mit epileptischem Irresein zu thun haben. Die beiden Lähmungsanfälle können kaum als epileptische aufgefasst werden, obgleich ein gewisser anatomisch-physiologischer Gang sowohl beim Entstehen als beim Verschwinden derselben unverkennbar ist und die Anfälle als von psychischen Einfällen scheinbar unabhängig auftreten. Bei der Mutter fehlen die neurologischen Zeichen vollständig. Wenigstens giebt die Anamnese keinen Anhaltspunkt. *Mendel* spricht von einer Hystero-Epilepsie. Wenn wir uns erinnern, dass von der constitutionellen Verstimmung zum epileptischen und zum hysterischen Irresein Uebergänge führen, die so fliessend sind, dass der Diagnostiker in eine sehr schwierige Situation geräth, und wenn wir ferner im Auge behalten, dass auch vom hysterischen zum epileptischen Irresein manche Brücke besteht, so müssten wir zu einer sehr schwulstigen Ausdrucksweise bei unserer Diagnose gelangen, wenn wir einerseits allen Symptomen Rechnung tragen wollen, andererseits die schwankenden Grenzen beachten.

Umstehendes Schema möge es veranschaulichen.

Analog den Bezeichnungen der Windrose müssten wir je nach dem Stand der schwankenden Nadel bald von einem hysterisch-epileptisch-hysterischen, bald einem rein hysterisch-epileptischen und einem epileptisch-hysterisch-epileptischen Irresein reden. Mit derartigen Diagnosen wäre natürlich nichts gewonnen, da sie ja nichts

weiter als eine kurze Fassung der vorhandenen Symptome und ei
Testimonium für den Mangel besserer Scheidungsmöglichkeit sin



Zu der Ansicht *Kraepelin*'s, dass das hysterische Irresein dem Entartungsirresein im weiten Sinne wohl angehöre, muss ich um so eher mich bekennen, als ich für möglich halte, dass ein Mensch, der an Zwangsirresein leidet, auf dem Wege der tagtäglich erfolgenden Autosuggestionen auf sich selber krankmachend einwirkt und auf dem Wege der Gewöhnung und Uebung, abgesehen von dem vor Augen geführten Beispiel und den negativen Erziehungseinflüssen, seinen Geist in jene Geleise bringt. Auch kann ich mir vorstellen, dass bei dieser Selbsterziehung nicht eine einzelne Zwangsvorstellung, sondern eine als Autorität von ihm anerkannte Persönlichkeit Macht gewonnen hat. Auch Literatur und Beschäftigung mit religiösen Stoffen und Uebungen mögen ihren Theil dazu beitragen. Das Wort: „Nicht mein Wille, sondern dein Wille geschehe", habe immer gewaltig auf ihn eingewirkt, sagte letztgenannter Patient öfter. Die Form ist so geboten und den Inhalt giebt ihm seine hysterische Veranlagung, indem der Hysterische in der Wahl seiner „Autoritäten" einen ganz eignen Geschmack entwickelt. Nur äusserlich erscheint es wie ein Sichunterordnen dem Fremden gegenüber. Aehnlich wie der Masochist scheinbar duldend eine active Sexualempfindung hat, also nur einen abnormen Reiz zu seiner Geschlechtsbethätigung sucht, so ist auch der Hysterische nur scheinbar passiv. Indem er sich unterzuordnen scheint, ist er im Gegentheil activ, er sucht ein sympathetisches Verhältniss herbeizuführen und denjenigen, dessen Einfluss er scheinbar wünscht, allmählich seiner Herrschaft zuzuführen. Er rückt an die Spitze des Verhältnisses, und Alles

muss seinem Ich sich beugen. Für sich sucht er Zuneigung, Anerkennung und Bewunderung. Nach den ethischen Ideen Herbarts gemessen ist der Hysterische auf dem Gebiete der Idee der Liebe und besonders der der Vollkommenheit in seiner Art Meister, während die Idee des Rechts, der Billigkeit und sittlichen Charakterfreiheit in krasser Selbstsucht sich aufgelöst haben.

Dass wir Hysterische mit sich selbst zugefügten körperlichen Leiden so oft paradiren sehen, hat wohl seinen Grund darin, dass je nach dem Grade der Bildung er sich sein Feld bestimmt. Auf dem Gebiete der körperlichen Augenfälligkeiten bringt er es am leichtesten und raschesten zu einer interessanten Persönlichkeit. Der Gebildetere dichtet, von Weltschmerz erfasst. Wenn dem Hysterischen in Folge seiner Bildung würdigere Gebiete zugängig geworden sind, so kann er sogar Hervorragendes leisten, wie der Fall des letztgenannten Patienten lehrt. Sein Zwangsirresein, Alles sich geistig zu eigen machen zu müssen und dass er sogar, direct vor dem Examen stehend, dem Zwang, auch das Nebensächlichste sich einzuprägen, sich nicht entziehen konnte, wurden ihm als hohes wissenschaftliches, unbedingtes Interesse und seine ungeheure Arbeit, sich ins Einzelnste zu vertiefen, dictirt von seinem Zwangsirresein, nach andern vielleicht als Mischung mit Epilepsie bezeichnet, als riesige Energie gedeutet. Die Hysterie mit ihrer Oberflächlichkeit erfuhr so geradezu eine Correktur.

Die ausführliche Familienkrankheitsgeschichte soll vor Allem darthun, dass Symptome, welche für eine Form des Irreseins sehr charakteristisch sind, bei einer anderen Form, mit welcher sie zu contrastiren scheinen, auftreten können und den Diagnostiker nicht beirren dürfen.

Noch einmal der Affekt der Paranoia.

Von

Dr. **Linke,**

Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt Tost O.-S.

Die Frage, ob auch im Anfangsstadium der Paranoia dem Auftreten der ersten Wahnideen ein primärer Affekt zu Grunde liege, wie dies für Melancholie und Manie heute allgemein für erwiesen gilt, und ob dieser Affekt, wenn ein solcher überhaupt vorhanden ist, analog der Depression und Exaltation bei den beiden genannten Formen von Seelenstörung auch bei der Paranoia seine charakteristische Färbung aufweise, beginnt in der psychiatrischen Litteratur einen immer breiteren Raum einzunehmen. Bereits haben eine beträchtliche Zahl von Autoren Beiträge zur Lösung dieser Frage geliefert, so *Sandberg*, *Hallervorden*, *Friedmann*, *Moeli*, *Neisser*, *Tiling*, *Cramer*, *Wernicke*, *Bresler*, *Störring*. Aus letzter Zeit stammen die Arbeiten von *Specht*[1]), *Bleuler*[2]), *Margulié*s[3]), *Pick*[4]) und *Tiling*[5]).

Die Annahme, dass das Auftreten des Wahns bei der Paranoia als die Folge einer primären Erkrankung des Verstandes aufzufassen

---

[1]) Ueber den pathol. Affekt in der chronischen Paranoia. (Erlangen und Leipzig. A. Deichert, Nachf. Georg Böhme.)

[2]) Psychiatrische Wochenschenschrift No. 25. 1901.

[3]) Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Oktober 1901.

[4]) Neurolog. Centralblatt No. 1. 1902.

[5]) Psychiatrische Wochenschrift No. 43, 44. 1902.

sei, dürfte heute wohl nur noch wenig Anhänger finden. Die Mehrzahl der Autoren, welche zur Frage des „Affekts der Paranoia" Stellung genommen haben, ist heute darin einig, dass auch bei dieser Form geistiger Erkrankung dem Auftreten des Wahns eine durch primäre Affekte bedingte, krankhafte Veränderung des Ich zu Grunde liegt. Eine Divergenz der Anschauungen findet sich heute nur noch bezüglich der Art der bei der Paranoia auftretenden primären Affekte, und von *Sandberg* abgesehen, welcher schon im Jahre 1895 das Misstrauen als den für das Anfangsstadium der Paranoia charakteristischen primären Affekt hinstellte, stammen die Versuche, auch dem bei der Paranoia die Basis des Wahns bildenden Affekt eine Sonderstellung zu geben, erst aus letzter Zeit.

Wernicke nennt als den grundlegenden Affekt im Initialstadium der akuten Psychosen die „Rathlosigkeit". *Specht* stellt als die für die Paranoia charakteristische primäre Störung des Gefühlslebens das „Misstrauen" hin, ihm schliesst sich *Tiling* in seiner letzten Arbeit zum Theil an. *Margulliés* dagegen glaubt hervorheben zu müssen, dass „im Beginn der Paranoia die verschiedensten Affekte auftreten", nennt aber als einen allen gemeinsamen Zug „die unbestimmte Unruhe und die daraus entspringende erhöhte Aufmerksamkeit", bei *Pick* endlich findet sich der Satz: „Dr. *Margulliés* hat kürzlich in Uebereinstimmung mit *Specht* die affektuöse Grundlage des Beziehungswahns und der Wahnbildung im ersten Stadium der Paranoia verfolgt und noch besonders nachgewiesen, dass nicht irgend ein besonders gefärbter Affekt, sondern nur der der unbestimmten Unruhe, sagen wir allgemein der Erwartungsaffekt, sich häufig als die Wurzel der krankhaften Beziehung nachweisen lässt."

Bereits im Jahre 1897 habe ich *Sandberg* gegenüber ausgeführt[1]), dass meines Erachtens nicht das Misstrauen, sondern die „gespannte Erwartung" als der für das erste Auftreten des Wahns bei der Paranoia ausschlaggebende Affekt anzusehen sei, und ich glaube heute nach einer weiteren fünfjährigen klinischen Erfahrung

---

[1]) Zur Pathogenese des Beachtungswahns. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie etc. Band 53.

hieran mit Entschiedenheit festhalten zu müssen. Dass in letzter Zeit auch die Anschauungen anderer Beobachter (*Marguliés, Pick*) meiner damals geäusserten Auffassung immer mehr zuneigen, begrüsse ich mit hoher Freude.

Wenn auch noch *Marguliés* von den verschiedensten Affekten spricht, die im Beginn der Paranoia auftreten, so glaube ich, dass ihn hierzu vielleicht mit die Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes bestimmt hat, die bei der Paranoia ja sehr bald sich entwickelt. Man wird immer bedenken müssen, dass wir die Kranken in ihrem allerersten Stadium, in welchem Beachtungswahn oder krankhafte Eigenbeziehung noch in wirklich reiner Form vorliegen, nur sehr selten zu sehen bekommen. Es ist dies ja gerade das Stadium des Schwankens, in welchem weder der Kranke mit sich ins Reine kommen kann, ob er selbst oder die Aussenwelt an der „allgemeinen Veränderung“ schuld ist, noch seine Umgebung den in Wahrheit schon vorliegenden Beginn der Psychose als solchen zu erkennen vermag. Meist ist das Bild, das Patient bietet, schon ein komplizirteres, aber grade darum wird man sich hüten müssen, einfach aus der Unmöglichkeit, nunmehr alle schon vorhandenen Symptome auf einen bestimmten Affekt zurückzuführen, nun auch einen solchen für den Beginn des Leidens zu verwerfen. Wir finden ja schliesslich ganz Analoges auch bei der Manie und Melancholie. Auch hier treten sehr bald Wahnformen auf, die mit den ursprünglichen primären Affekten nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen. Wenn der unternehmungslustige Maniacus mit seinen Ansprüchen auf Widerstand stösst, kommt es bei ihm leicht zur Beeinträchtigungsidee; stellen sich beim Melancholischen Geschmackstäuschungen ein, so ist bald die Vergiftungswahnidee gebildet. In beiden Fällen wird man einen direkten Connex mit der Exaltation und Depression nicht annehmen können.

Gelingt es aber einmal, einen Kranken im allerersten Stadium seiner Paranoia zu beobachten, oder ist er wenigstens selbst noch im Stande, uns das erste Stadium seines Leidens korrekt zu schildern, so wird man stets als „das erste“ den „objektlosen“, somit „primär“ auftretenden Erwartungsaffekt konstatieren können. Es ist zunächst nichts da, als das lästige, spannende Gefühl, dass etwas in der Luft liegt. — Der Melancholische, wie ich in meinem obenerwähnten Aufsatz ausführte, hat eine Zeit, wo er sagt: „ich bin

so traurig, und ich weiss nicht warum"; und der Maniacus sagt in diesem Stadium: „ich bin so froh, und weiss nicht warum". In ganz anologer Weise hat auch der Paranoische seine Periode des Schwankens, in welcher er gegen die Annahme einer Veränderung der Aussenwelt noch ankämpft. Immer mehr aber verliert er die Fähigkeit, sich bewusst zu halten: du bringst den gewöhnlichsten Dingen jetzt nur deshalb ein erhöhtes, ganz unberechtigtes Interesse entgegen, weil du immer suchst und erwartest, obwohl für dich doch nichts zu suchen und zu erwarten ist; und immer energischer drängt sich ihm die Ueberzeugung auf, dass die Dinge ausser ihm wohl so verändert sein müssen, dass sie sein erhöhtes Interesse verdienen. In dieser Weise vollzieht sich bei der Paranoia die „Projektion" des Affektes auf die Aussenwelt.

Das Misstrauen als die im Anfangsstadium der Paranoia zum Wahn führende primäre Störung des Gefühlslebens anzunehmen, wird meines Erachtens nur bei den rein kombinatorischen Fällen mit ganz allmählicher Entwicklung angängig sein. Dies ist dann aber kein eigentlich affektiver, sondern ein rein „grüblerischer" Beginn, ein ins Krankhafte Sichauswachsen einer angeborenen Charaktereigenschaft, wie dies *Tiling* schon mehrfach in überaus treffender Weise ausgeführt hat.

Wernicke nimmt die Rathlosigkeit als eigentümlichen Affekt im Initialstadium zwar nur für die akuten Psychosen an; da ich jedoch, wie bereits ausgeführt, nur die Fälle von Paranoia im Auge habe, die mit akutem, höchstens subakutem Auftreten des Beachtungswahns einsetzen, glaube ich auch hierzu Stellung nehmen zu müssen. Es will mir sehr fraglich erscheinen, ob man die Rathlosigkeit überhaupt als einen primären Affekt wird können gelten lassen. Ich halte dieselbe für einen sekundären Zustand. Rathlos kann der Kranke meines Erachtens erst sein, wenn er sich Fragen vorgelegt hat, auf welche er eine Antwort bei sich nicht finden kann. Zu diesen Fragen, warum dies oder jenes jetzt so sei, kommt der Kranke durch seine bereits gefälschten Wahrnehmungen, und erst dieser Fälschung liegt der primäre Affekt zu Grunde. Diesen Schritt muss man meines Dafürhaltens nach rückwärts thun, um erst den zur Rathlosigkeit führenden primären Affekt zu finden. Im Beginn der Paranoia ist es der Erwartungsaffekt.

Gegenüber *Pick* möchte ich zum Schluss betonen, dass ma
wohl auch den Erwartungsaffekt als einen durchaus einheitliche
scharf umgrenzten wird ansehen dürfen. Gerade die „unbestimmt
Unruhe“ giebt ihm die besondere Färbung. Man wird hieri
glaube ich, ganz der klassischen Schilderung folgen könne
welche *Lange* in seinen „Gemüthsbewegungen“ von diesem Affek
gegeben hat.

Ueber chronische Manie.[1])

Von

Dr. **Ernst Siefert,** Assistenzarzt.

Es ist eine zur Zeit noch offene Frage, ob ein Krankheitsbild, das die Symptome der Manie in chronischer Form darbietet, existirt. Während *Mendel*[2]) das Vorkommen derartiger Formen leugnet, hat sich *Wernicke*[3]) neuerdings in entgegengesetztem Sinne ausgesprochen. Die Durchsicht der Literatur nach Schilderungen von Krankheitszuständen, welche eine Unterbringung unter den Begriff einer chronischen Manie verdienten, d. h. von Zuständen, welche sich durch einen maniakalischen Symptomenkomplex, Unveränderlichkeit der Erscheinungen und fehlende Concurrenz eines psychischen Defektes charakterisirten, ergiebt, dass Fälle dieser Art — soweit ich wenigstens die Literatur zu überschauen vermochte — seither nicht oder wenigstens nicht genauer beschrieben sind[4]).

Es schwebt demnach dieser Begriff vorläufig völlig in der Luft und entbehrt, wenigstens soweit nicht die Erfahrung des

---

[1]) Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Halle a. S.

[2]) *Mendel*, Die Manie. Eine Monographie. 1880.

[3]) *Wernicke*, Grundriss der Psychiatrie. Leipzig 1900.

[4]) Was ausländische Autoren mit dem Namen der chronischen Manie belegt haben, nämlich gewisse secundäre Zustände geistiger Schwäche mit intercurrenten Erregungszuständen (*Mendel*) ist etwas principiell Verschiedenes und kommt hier nicht in Betracht; desgleichen deckt sich unsere Begriffsbestimmung nicht mit der *Krafft-Ebing*'schen Terminologie, welche einfache Manieen mit lediglich protenhirterem Verlauf als chronische Manieen bezeichnet.

einzelnen Beobachters, sondern das in der Literatur niedergelegte Material in Betracht kommt, jeder gesicherten empirischen Begründung.

Dies, sowie die in dem Wesen eines derartigen psychotischen Zustandes begründete criminelle Bedeutung veranlassen mich, den folgenden Fall zur Veröffentlichung zu bringen.

W. Friedrich, 36jähriger Arbeiter, wurde am 12. April 1899 zum ersten Mal in der hiesigen Klinik aufgenommen.

Seine Zuführung geschah seitens der Polizei, nachdem er auf der Strasse in angetrunkenem Zustande Passanten belästigt und einen Auflauf erregt hatte. Er zeigte bei der Aufnahme ausgesprochen euphorische Stimmung, gesteigerten Rededrang, ideenflüchtige, häufig incohärente Aneinanderreihung von Gedanken, Neigung zu Wiederholungen und Weitschweifigkeiten, ausserdem einen mässigen Bewegungsdrang, der sich vor allem in lebhaftem Gestikuliren kund gab. Orientirung war vollkommen erhalten. Patient gab an, in letzter Zeit sehr viel Schnaps getrunken zu haben; seit einigen Tagen hätten sich vorübergehend Angstanfälle eingestellt, ausserdem vereinzelte Gehörshallucinationen („Kehr um . . . Sieh zu, dass du dich veredelst“ etc.). Auch hier waren am ersten Tag Akoasmen (Musik) vorhanden, ebenso gelang die Erzeugung von Druckvisionen (Löwen, Elefanten, Bären).

Bereits am zweiten Tag erschien Patient erheblich ruhiger, delirante Symptome waren nicht mehr nachweisbar und Patient bot weiterhin dauernd das gleich zu schildernde klinische Bild. Vorher sei aber kurz sein abenteuerlicher Lebensgang dargelegt; wenn auch anamnestische Angaben von Anderen als Patienten selbst fehlen, so zwingt die Präcision und Uebereinstimmung bei oftmaliger Wiederholung, mit der er seine Mittheilungen machte, doch dazu, sie als im Wesentlichen den Thatsachen entsprechend zu erachten, umsomehr, als sie auch mit den Beobachtungen über seinen Geisteszustand durchaus harmoniren.

Der Vater war ein Säufer und starb, ebenso wie die Mutter, als Patient noch ein Kind war. Im Alter von 9 Jahren erhielt er mittelst einer Picke einen heftigen Schlag auf den Kopf — noch jetzt ist auf der Höhe des Scheitels eine etwas druckempfindliche Narbe nachweisbar — der eine 10stündige Bewusstlosigkeit zur Folge hatte. Seitdem will er häufig an Kopfschmerzen gelitten haben. Im Alter von ungefähr 10 Jahren schloss er sich einer Zigeunertruppe an und befasste sich mit allerlei „Komödiantenstreichen“. Er wurde durch die Polizei zurückgeholt, riss aber bald wieder aus und schloss sich einer „Tartarentruppe“ an. Auch diesmal wurde er polizeilich zurückgebracht und nunmehr bis zum 14. Jahre in einer Zwangserziehungsanstalt untergebracht. Nach seiner Confirmation lernte er ein Jahr als Knopfmacher, lief dann aus der Lehre und führte nun ein unstätes Wanderleben. Bereits im 14. Lebensjahre hatte er sexuellen

Verkehr mit einem 15jährigen Mädchen, im 15. Jahre trank er bereits täglich für 5 Pfg. Schnaps.

Mit 17 Jahren trat er als Freiwilliger beim Militair in Magdeburg ein, desertirte aber bereits im 1. Dienstjahre und wurde nach abenteuerlichen Herumvagieren in der Nähe von Metz festgenommen. Er erhielt eine Festungsstrafe von 2 Jahren und wurde in die zweite Klasse des Soldatenstandes versetzt. Später will er wieder rehabilitirt worden sein. Nach seiner Entlassung vom Militair verheirathete er sich, führte aber sein unstätes Leben weiter. Nach 5jähriger Dauer wurde die Ehe geschieden. Er war nun abwechselnd Komiker, Coupletsänger, Kaspertheaterspieler etc. Wegen Kleiderdiebstahls wurde er zwei Mal zu Gefängniss verurtheilt, zuletzt in einem Arbeitshause untergebracht, aus dem er einen verwegenen, aber missglückten Fluchtversuch machte, indem er sich an einem Strick aus dem dritten Stock herabliess. Der Strick zerriss, doch zog sich Patient bei dem Sturz — den er selbst als „Luftreise" bezeichnet — eine ernstere Verletzung nicht zu. Im Sommer 1898 wurde er, nachdem er 16½ Monate im Arbeitshause verbracht hatte, entlassen und war seitdem als Bademeister, Säckeflicker, Gärtner, Holzhacker etc. thätig.

Der Patient ist zu verschiedenen Malen mehrere Monate lang in der Klinik behandelt worden, ohne dass irgend eine wesentliche Veränderung in seinem psychischen Verhalten zu constatiren gewesen wäre. Höchstens traten am Ende eines längeren Aufenthaltes die Erscheinungen nach der quantitativen Seite etwas zurück; ein kurzer Contact mit der Aussenwelt genügte aber, um diese geringe Besserung sofort wieder illusorisch zu machen.

Das Wesen des Kranken wurde getragen durch eine dauernde Euphorie. Er besass eine absolut unverwüstliche Heiterkeit, die jedem Worte, jeder Geste ihren Stempel aufdrückte. Der Gesichtsausdruck war lächelnd, pfiffig und lebhaft. In seinem Gebahren trug er eine eigenthümliche Mischung von gravitätischer Wichtigthuerei, komisch wirkender Eilfertigkeit und devoter Vertraulichkeit zur Schau. Mit schauspielerischem Geschick führte er verschiedene Rollen nebeneinander durch; bald war er der lustige Komödiant, der mit Witzen und Couplets unter entsprechender Mimik den Bänkelsänger nachahmte, bald spielte er den Reumüthigen, schwor mit phrasenreichen Worten das Trinken ab, stellte sich als Sünder hin und entwickelte weitgehende Besserungsvorsätze; er begeisterte sich an diesen Vorstellungen, beobachtete mit vergnügtem Gesicht ihren Effect auf den Zuhörer und verfehlte nie, durch allerlei Diminutive und Jargonwörter ihnen einen komischen Beigeschmack zu geben.

Dann wieder entfaltete er eine grosse Vielgeschäftigkeit auf der Abtheilung; er war über alles orientirt, griff überall zu, machte den Arzt auf 1000 Dinge aufmerksam, beschäftigte sich in manchmal etwas lästiger Weise mit den Kranken, denen er ärztlichen Rath und Verhaltungsmassregeln in reichem Masse zukommen liess.

Auf sein Aeusseres gab er ziemlich viel und bemühte sich, mit den spärlichen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln seiner Toilette einen dandyhaften Anstrich zu geben. Sein Schnurrbart war nach neuester Mode hochgestrichen, das Haar mit Pomade verklebt, der Scheitel bis zum Nacken durchgezogen; eine Blume, die er manchmal im Knopfloch trug, vervollständigte das Bild.

Namentlich bei den Visiten bemühte er sich, den schneidigen Elegant zu spielen; er nahm dann eine stramme Haltung an, klappte die Hacken zusammen und behielt im Gespräch die militärische Positur bei.

Eine weitgehende Neigung zum Renommiren war für ihn characteristisch; namentlich, wenn man ihn in ein Gespräch über seine Vergangenheit und seine Zukunftspläne verwickelte, erhitzte sich förmlich an mancherlei Selbstüberschätzungsideen, die dann geradezu phantastischen Inhalt annahmen.

Seine Erfolge beim weiblichen Geschlecht, über die er sich in höchst ungenirter Weise äusserte, seine körperlichen und geistigen Eigenschaften bildeten in oft wechselnder Form den Inhalt seiner Prahlereien. Er hielt sich für einen geistreichen Unterhalter, einen begabten Dichter, ein rednerisches Talent. Seine Stimme erschien ihm vorzüglich genug, um zur Anstellung als Hofopernsänger zu berechtigen; er erzählte, dass er beabsichtigt habe, sich deshalb direct an den Kaiser zu wenden. Er sei ein „markiger Geist", voll von „grossen Ideen", der es vielleicht noch so weit bringen würde, dass man ihm ein Denkmal setze.

Zu anderen Zeiten waren es Weltverbesserungspläne, edle Vorsätze, „durch frommes Leben dem Heiland ähnlich zu werden" u. a., die er mit prahlerischer Emphase vortrug.

Mit dieser Selbstüberschätzung verband sich eine grosse Sicherheit und Ungeniertheit im Auftreten. Nichts vermochte ihn ausser Fassung zu bringen; in jeder Situation fasste er sogleich sicheren Fuss. Ein Gefühl der Reserve, des Geniertseins vor Menschen, mit denen zu verkehren er nicht gewöhnt war, fehlte ihm völlig.

Vor einer grossen Zuhörerschaft im Colleg sang, redete und renommirte er genau so, wie auf der Abtheilung; über nichts war er unwissend genug, um nicht auf Aufforderung darüber eine lange Rede mit ausgeprägtem Wohlbehagen zu halten.

Bei dieser dreisten Sicherheit des Auftretens war er indess äusserst gutmüthig und lenksam. Von einem Festhalten irgend welcher Grundsätze, von einem Vorhandensein seine Entschliessungen und Handlungen regulirender sittlicher Motive konnte keine Rede sein. Er war ohne Ueberlegung stets zu Allem bereit, was man von ihm forderte, verfocht nie eine eigene Meinung; er war mit einem Worte bar aller jener Eigenschaften, die einen „Charakter" kennzeichnen.

Sehr bemerkenswerth war die Art seiner sprachlichen Productionen. Einfache Fragen beantwortete er zumeist richtig und sachgemäss; sobald man sich aber in ein längeres Gespräch mit ihm einliess, trat eine Neigung

zu Weitschweifigkeit und Zusammenhangslosigkeit auf, die das Verständniss des Gesagten oft direct erschwerte. Er war unfähig, einen Gedanken ruhig zu entwickeln, schweifte bald ab, achtete kaum noch auf Zwischenbemerkungen, überstürzte sich, kam vom Hundertsten ins Tausendste und war dann nur schwer wieder zur Ruhe zu bringen. Seine Redeweise war phrasenreich, schwülstig, dabei von dem Gefühl selbstgefälliger Sicherheit getragen. Nichts machte ihm grössere Freude, als zu einem solchen rednerischen Erguss aufgefordert zu werden; je mehr Zuhörer, um so besser. Auf den Inhalt und Zusammenhang seiner Productionen kam es ihm gar nicht an, er redete über alles, wozu er angeregt wurde und bewies eine wahrhaft erstaunliche Unerschöpflichkeit und Fähigkeit, die heterogensten Dinge ohne Stocken in confuser Form aneinander zu reihen.

Irgend welche gröberen intellectuellen Störungen liessen sich nicht nachweisen. Der Stand seiner Schulkenntnisse war in Anbetracht seines Vorlebens ein verhältnissmässig guter. Er war ein geschickter Arbeiter, beurtheilte seine Umgebung gut, besass für Alles einen sicheren Blick und gutes Urtheil und passte sich gewandt den einzelnen Situationen an.

Dagegen konnten seine moralischen Qualitäten nicht besonders hoch veranschlagt werden. Familiensinn, Anhänglichkeit, Rechtsgefühl waren für ihn Worte ohne Inhalt; sexuelle Dinge behandelte er stets mit einer schamlosen Ungeniertheit, ohne Spur von Zurückhaltung; seine Strafthaten, seine Alkoholexcesse beschönigte er oder betrachtete sie gar als besonders tüchtige und anerkennenswerthe Leistungen, die für seine Person einen interessanten Hintergrund bildeten.

Körperlich war ein nennenswerther Befund, abgesehen von der bereits erwähnten Narbe auf dem Scheitel, nicht zu erheben. Markante Degenerationszeichen waren ebenfalls nicht nachweisbar. Das Schlafbedürfniss war auffallend gering.

Oefters wurden Kopfschmerzen geklagt.

Kurz erwähnt seien schliesslich noch folgende Angaben aus der Krankengeschichte.

Patient wurde am 15. Juni 1899 von hier aus nach der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben überführt. Nach dem dort geführten Journal war er dauernd fleissig, verträglich und umgänglich, dabei immer rosiger Laune, unterhielt seine Mitkranken mit Witzen und Couplets, renommirte mit seiner Tüchtigkeit, versprach nicht mehr zu trinken und zeigte oberflächliche Krankheitseinsicht.

Am 6. August 1899 machte er einen Fluchtversuch, kam aber nicht über eine benachbarte Gastwirthschaft hinaus, wo er gegen Freibier Couplets zum Besten gab, und wurde von dort polizeilich zurückgebracht.

Am 30. October 1899 wurde er als gebessert entlassen und auf einem Gute als Arbeiter untergebracht.

Am 6. Februar 1900 kam er allein schwer betrunken in abgerissenem Zustande und ziemlich schlechtem Ernährungszustande in der Klinik an.

Er erzählte, in Nietleben hätten Alle das Beste von ihm gedacht; er hätte dort den Herren mit einer feinen Balldame einen grossartigen Flittertanz vorgeführt. Auf dem Gute, wohin er entlassen worden, sei es sehr schön gewesen; er hätte dort mit Frauen zusammen gearbeitet und die Aepfel seien wie im Paradiese gefallen. Da aber der Lohn gering gewesen sei, habe er in einer Zuckerfabrik Arbeit gesucht, wo er seinen Collegen Humor gemacht und Couplets vorgesungen hätte, „damit es gemüthlicher wurde, wenn er seine Laune fliegen lasse“.

Bis Sylvester habe er in der Fabrik ausgehalten, dann sei er gegen den Mahnruf seiner inneren Stimme in verschiedenen Localen eingekehrt und habe sich „Einige genehmigt“.

Seitdem habe er, sich seines angeborenen Berufs erinnernd, seine Thätigkeit als „Künstler und Sänger“ wieder aufgenommen.

Am 4. April 1900 wurde Patient von hier entlassen, nachdem ihm in einem hiesigen Geschäft eine Stelle als Arbeiter ausgemacht war. Es stellte sich indess bald heraus, dass er gar nicht zur Arbeit erschienen war, sondern sofort sich sinnlos betrunken hatte.

Am 8. August 1900 erschien Patient wieder in recht herabgekommenem Zustande in der Klinik, bat um Aufnahme, weil er sich „nicht wohl fühlte“, und erläuterte dies in verhüllter Form dann dahin, dass er sich in einer Periode schweren Potatoriums befinde. Bereits 2 Tage später wurde er auf seinen Wunsch entlassen.

Schon am 12. August 1900 erfolgte seine erneute, diesmal polizeilicherseits vermittelte Aufnahme.

Er hatte sich als Brauknecht anwerben lassen, seine neue Stellung durch einen unmässigen Bierconsum eingeweiht, war aber dann von seinen Arbeitsgenossen als nicht zur Zunft gehörig erkannt worden und entzog sich den drohenden Misshandlungen, indem er Hilfe schreiend auf die Strasse stürmte. Kurz vorher war er bereits der Polizei dadurch aufgefallen, dass er sich bei der Musterung der Chinafreiwilligen in angetrunkenem Zustande eingefunden und dort eine mit seiner Fortweisung endigende Komödie aufgeführt hatte.

Am 15. September entwich er, nachdem er öfter den Wunsch nach Entlassung ausgesprochen hatte, aus der Klinik. Das Letzte, was man hier von ihm gehört hat, ist die Erzählung eines Wärters, der ihn am gleichen Nachmittage antraf, wie er, in einem Tanzlocale auf einer Tonne stehend, in angetrunkenem Zustande als Possenreisser und Coupletsänger fungirte.

Aus der Darstellung des psychischen Zustandes des Patienten dürfte zunächst wohl mit Sicherheit das hervorgehen, dass es sich bei ihm um einen leichten Grad manischer Erregung, eine Mania levis oder Hypomanie handelt.

Alle Cardinalsymptome dieser Erkrankung, die Euphorie, der Rede- und Bewegungsdrang, die Ueberschätzungsideen etc. finden sich in typischer Weise und frei von sonstigen, dem „klassischen“ Bilde der Manie fremden Symptomen ausgeprägt. Insbesondere sei hier nochmals betont, dass Störungen auf dem Gebiete des Gedächtnisses, der logischen Verarbeitung des Vorstellungsinhaltes, der Urtheilsfähigkeit etc. sich niemals haben nachweisen lassen.

Nur in den ersten Tagen seines hiesigen Aufenthaltes waren neben dem maniakalischen Symptomenbild Akoasmen, Druckvisionen und Angst vorhanden, Erscheinungen, die sich ohne Weiteres auf den vorausgegangenen übermässigen Alkoholconsum als daraus resultirende Intoxicationserscheinungen zurückführen lassen und unter Abstinenz prompt abklangen. Sie kommen also für die Beurtheilung des Gesammtzustandes nicht in Betracht.

Dagegen erhebt sich nunmehr die ausserordentlich wichtige Frage, wie dieser manische Symptomencomplex aufzufassen sei. Kann er vor Allem als Theilphase eines periodischen oder circulären Irreseins angesehen werden?

Diese Frage ist leider in streng wissenschaftlichem Sinne nicht absolut sicher zu entscheiden, da eine objective Anamnese fehlt. Es kann die Möglichkeit nicht völlig zurückgewiesen werden, dass es sich im vorliegenden Falle um eine mit ungewöhnlich langen Verlaufsphasen einhergehende periodische Manie handelt, ebenso wie es wenigstens denkbar ist, dass depressive Stadien, vielleicht von kurzer Dauer und geringer Intensität ihrer Entwickelungshöhe, sich zwischen den zeitlich weit ausschauenden manischen Phasen einschieben und trotz darauf gerichteter Exploration von dem Patienten unter dem Einfluss seiner gehobenen Stimmungslage nicht genügend bewerthet werden.

Für sehr wahrscheinlich ist freilich meines Erachtens eine derartige Auffassung nicht zu halten. Es wäre immerhin schon nicht gewöhnlich, wenn ein Patient mit gutem Gedächtniss und Beobachtungsgabe, wie der unsrige, derartige Phasen bei eingehender Unterhaltung über seine Lebensgeschichte, und auf die fraglichen Punkte fast suggestiv hingelenkt, strikt negiren sollte; ausserdem hätten dieselben sich wohl in irgend einer Weise in seinem Leben markiren, zum mindesten in seinem vagabondirenden Abenteuerdasein einen Ruhepunkt darstellen müssen, Thatsachen,

deren Verschweigen von ihm umsoweniger zu erwarten ist, als er ganz allgemein jede Gelegenheit, sich in vortheilhaftem Lichte zu zeigen, auszunützen verstand.

In Wirklichkeit — und seine Schilderungen werden durch die Erfahrungen, die man mit ihm im Verlauf der langen Beobachtungszeit machen konnte, durchaus bestätigt — ist sein ganzes Leben, soweit es sich überhaupt zurückverfolgen lässt, eine ununterbrochene Kette von Handlungen, die den Stempel des manisch Bedingten an sich tragen und überall die gleiche krankhafte Persönlichkeit erkennen lassen, von Handlungen, wie sie aus dem hier gewonnenen psychopathologischen Bilde sich nothwendiger Weise ergeben müssen.

Freilich konnte auch während der hiesigen Beobachtung ein Schwanken in der Intensität der Erscheinungen beobachtet werden. Aber dasselbe war keineswegs an innere, von Aussen unabhängige Umstände, an autochthone periodische Schwankungen gebunden, sondern charakterisirte sich lediglich dadurch, dass längerer Aufenthalt in der Anstalt die Erscheinungen quantitativ etwas herunterdrückte, während der Contact mit der Aussenwelt, vor Allem die insultirende Kraft des Alkohols alle Symptome rasch wieder zur alten Höhe emportrieb.

Jedenfalls, und das ist für diese vorwiegend forense Betrachtung das Wichtigste, stellt sich der Gesammtzustand des Patienten als ein chronisches rein maniakalisches Bild dar, soweit Anamnese und Untersuchung eine Klärung überhaupt zu schaffen vermögen.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens derartiger Geistesstörungen lässt sich begreiflicher Weise ein bestimmtes Urtheil um so weniger aussprechen, als, wie schon erwähnt, sichere Anhaltspunkte in der Literatur nicht aufzufinden sind.

Jedenfalls spricht aber der völlige Mangel literarischen Vergleichsmaterials nicht unbedingt für eine extreme Seltenheit derartiger Krankheitsformen. Man muss dabei bedenken, dass diese Zustände ihrem ganzen Wesen nach nur seltener die sociale Nothwendigkeit psychiatrischen Eingreifens bedingen werden und es ist nicht ausgeschlossen, dass unter den Vagabonden, den Insassen von Arbeitshäusern und Gefängnissen derartige psychotische Individualitäten sich häufiger werden auffinden lassen. Vielleicht bringt uns die neuerdings mehr und mehr als nothwendig erkannte Besetzung der

Gefängnissarztstellen mit psychiatrisch durchgebildeten Aerzten auch in dieser Beziehung näheren Aufschluss.

Die Genese der Erkrankung ist im vorliegenden Falle ganz dunkel; ob die in frühester Jugend durchgemachte Schädelverletzung bestimmend oder auslösend für die Erkrankung gewirkt hat, lässt sich nicht entscheiden.

Als zweifellos darf wohl bezeichnet werden, dass der Alkoholmissbrauch lediglich als eine Begleit- und Folgeerscheinung des Zustandes aufzufassen ist, keineswegs aber etwa als die Ursache der Erkrankung, so sehr auch die irritative Wirkung des Alkohols auf das gesammte psychische Verhalten anerkannt werden muss, anzusehen ist. Andererseits wäre es unverständlich, dass unter der grossen Zahl von Potatoren derartige Zustände sich nicht häufiger fänden.

Die Schwierigkeit, derartige Geisteszustände zu erkennen, ist keine ganz geringe; die in der Chronicität begründete geringe Ausbildung der Symptome nach der extensiven Seite hin ist hierfür nicht weniger bedeutungsvoll als der Umstand, dass ein zum Vergleich heranzuziehender als normal zu bezeichnender Zustand des gleichen Individuums nach Lage der Sache wenigstens nachweislich nicht zu erbringen ist.

Derartige Kranke dürften dann meist als freche, durch den Trunk degenerirte Individuen aufgefasst werden, ihre Unverbesserlichkeit wäre Verkommenheit, ihre Euphorie ein nicht zu bändigender Leichtsinn, ihre Neigung zu Excessen in baccho et venere sittliche Verrohung, ihre motorischen Ueberproductionen schamlose Dreistigkeit.

Die Unmöglichkeit, einen irgend nennenswerthen intellectuellen Defect nachzuweisen, wird, wenn das wahre Wesen des zu Grunde liegenden psychotischen Processes nicht erkannt wird, solchen Individuen das Arbeitshaus oder das Gefängniss sichern.

Es erscheint begreiflich genug, dass auch unserem Kranken mehrfach ein ähnliches Schicksal widerfahren ist und vielleicht auch wohl noch widerfahren dürfte.

Bezüglich der strafrechtlichen Beurtheilung derartiger Geisteszustände schliesslich ist zu bedenken, dass, symptomatologisch betrachtet, solche Individuen mindestens ebenso schwer krank sind, wie etwa ein circulär Kranker in der maniakalischen Phase. Wenn man den

letzteren unter allen Umständen auch bei leichten Intensitätsgraden den Schutz des § 51 zubilligt, sobald die Diagnose gesichert ist — und ich würde dies in solchen Fällen unbedenklich thun —, so wird man auch dem chronischen Maniacus den Schutz dieses Paragraphen nicht versagen dürfen.

Dem Director der Klinik, Herrn Geheimrath Professor Dr. *Hitzig*, spreche ich für Ueberlassung des Falles meinen Dank aus.

Ein Fall von Querulantenwahnsinn.

Von

Dr. **Hoppe**-Allenberg.

Das Gutachten, welches ich hier nachstehend veröffentliche, behandelt einen classischen Fall von Querulantenwahnsinn, dessen Träger, ein Volksschullehrer, die Gerichte jahrelang beschäftigt hat, wiederholt unzutreffend begutachtet und wiederholt bestraft worden ist, bis seine Beobachtung in der Irrenanstalt durchgesetzt und die Geistesstörung deutlich nachgewiesen wurde.

Obgleich in dem Gutachten die Vorgeschichte ziemlich ausführlich dargestellt ist, so will ich doch, um die Uebersicht zu erleichtern, die Strafthaten, wegen welcher Inkulpat in Untersuchung gekommen resp. bestraft ist, einleitend hervorheben.

Strafthaten	Bestrafung
1. 1886—87 Wissentlich falsche Anschuldigung, Beleidigung und verläumderische Beleidigung (denuncirte den Rektor M. wegen Beleidigung, unzüchtiger Handlungen und wissentlichen Meineides).	1. Strafkammer K. 23. Febr. 1888: $1^1/_2$ Jahre Gefängniss und Verlust der bürgerlich. Ehrenrechte auf 2 Jahre. Verbüsst 27. August 1889.
2. 1888 Wissentlich falsche Anschuldigung (klagt den Rektor M. des wissentliches Meineides, andere Lehrer des fahrlässigen Falscheides an).	2. Strafkammer K. 13. Nov. 1888: 6 Monate Gefängniss. Revision vom 8. Dezbr. 1888 zurückgewiesen. Gnadengesuch vom 9. März 1891 und ein zweites vom 22. Sept. 1891 wird abschlägig beschieden.

Strafthaten	Bestrafung
3. 1891 Vergehen gegen die Sittlichkeit in 3 Fällen (unzüchtige Betastungen von Schülerinnen).	3. Strafkammer K. 2. Jan. 1892 1 Jahr Gefängniss. Strafe ad 2 und 3 verbüss vom 27. Jan. 1892 bis 27. Jul 1893. 1. Jan. 1893 Gesuc um Wiederaufnahme des Verfahrens — zurückgewiesen 6. Febr. 1893 Erneuertes Gesuch um Wiederaufnahme de Verfahrens — zurückgewiesen Ebenso wurde ein weitere Antrag (nach Verbüssung de Gefängnissstrafe!) und eine Beschwerde an das Oberlandesgericht abgewiesen.
4. October 1893 Wissentlich falsche Anschuldigung (klagte den Rektor M. unsittlicher Handlungen mit Schulkindern an).	4. Strafkammer K. 1894: Nach Beobachtung in Allenberg wegen Geistesstörung freigesprochen.

In der Untersuchungssache wider den früheren Lehrer D. wegen wissentlich falscher Anschuldigung wurde in der Verhandlung vom 22. Mai 1894 auf Antrag des Sachverständigen Dr. St. beschlossen, den Angeklagten behufs Beobachtung seines Geisteszustandes und Vorbereitung eines motivirten Gutachtens auf die Dauer von 6 Wochen in die Irrenanstalt Allenberg zu bringen. Demgemäss ist p. D. vom 16. Juni bis 27. Juli d. J. von dem unterzeichneten Sachverständigen beobachtet worden. Auf Grund dieser Beobachtung und des umfangreichen Aktenmaterials ist der unterzeichnete Sachverständige zu der Ueberzeugung gelangt, dass p. D. seit vielen Jahren geisteskrank ist und zwar an ausgeprägtem Querulanten- und Verfolgungswahnsinn leidet. Dieses Gutachten beehrt sich der unterzeichnete Sachverständige durch folgende Ausführungen zu motiviren.

Die ersten Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des p. D. tauchten bereits im Jahre 1888 bei seinem Vertheidiger S. auf. Derselbe scheint über das Wesen und Verhalten seines processwüthigen Klienten mit dem damaligen Director Dr. H. eine eingehende Besprechung gepflogen zu haben, auf Grund deren Dr. H. zu der Ansicht kam, dass das ganze Verhalten des p. D. in seinen Prozessen gegen M. und Gen. auf einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit beruhen könnte (L. IV, 81, 91, Bl. 58). Ohne Zweifel hat H. aus den Darlegungen des Rechts-

anwalts bereits damals auf Querulantenwahnsinn geschlossen. Die Erklärungen H.'s waren jedenfalls so schwerwiegend, dass Rechtsanwalt S. seinem Klienten rieth, sich in einer Irrenanstalt auf seinen Geisteszustand untersuchen zu lassen (cf. L. IV. 81, 91, Bl. 53). Dass D. dieses Ansinnen mit Empörung zurückwies, ist bei dem Selbstbewusstsein und Stolz des D. selbstverständlich. Würde D. dem gutgemeinten Rath seines Vertheidigers gefolgt sein, so würde er wahrscheinlich entehrender langdauernder Gefängnissstrafen entgangen sein, seine Familie würde vor dem Ruin bewahrt, seine Gegner wären von unablässigen Anfeindungen verschont, und den Gerichten wären endlose Verhandlungen erspart worden. Rechtsanwalt S. unterliess es seiner Zeit vor Gericht den Geisteszustand seines Klienten in Zweifel zu ziehen, wohl in der Erwägung, dass es ihm nicht gelingen werde, die Richter von der Möglichkeit einer Geistesstörung bei diesem anscheinend so klar und vernünftig denkenden Menschen zu überzeugen. War dies doch selbst 3 Jahre später, als die Geistesstörung bereits weiter vorgeschritten war, dem Rechtsanwalt L. nicht möglich, welcher in dem Process wegen Sittlichkeitsverbrechen direkt den Antrag auf Beobachtung des Geisteszustandes seines Klienten stellte. Dabei konnte sich L. auf die Beobachtungen des Rector J. berufen, an dessen Schule D. längere Zeit Lehrer gewesen war. „Die Zähigkeit, mit welcher Herr D. an den von ihm aufgestellten, durch Zeugenaussagen widerlegten Behauptungen festhält, die indirect und andeutungsweise ausgesprochene Meinung, dass der Ausgang seines ersten Processes nur aus einer übelwollenden Parteilichkeit und Voreingenommenheit gegen ihn resultiere, der Umstand, dass er die nebensächlichsten Thatsachen nur aus dem Gesichtspunkt seines Processes zu betrachten vermag und diesen Thatsachen eine anderen absolut unbegreifliche Bedeutung und Beweiskraft beimisst, haben nicht nur in mir, sondern auch in anderen Personen, die ihn kennen, die Meinung erzeugt, dass er in dem um den qu. Process sich gruppierenden Gedankenkreise von Einbildungen und Wahnvorstellungen beherrscht sein könne." (L. IV. 81, 91, Bl. 52).

Obgleich sich L. ausserdem auf das bereits erwähnte Urtheil des bewährten Irrenanstaltsdirectors H. und auf die Angaben des Dr. H., welcher D. an Rheumatismus des Kopfes behandelt haben sollte (L. IV, 81, 91, Bl. 49 u. 50), stützen und ferner auf die erbliche Belastung des D. und eine frühere geistige Erkrankung desselben hinweisen konnte, so gelang es ihm leider doch nicht, die Beobachtung des D. in einer Irrenanstalt durchzusetzen, weil einerseits Dr. H. nichts weiter bekunden konnte, als dass er D. einmal vor Jahren an gesteigerter nervöser Reizbarkeit behandelt habe, und andererseits der Gerichtsarzt Dr. C. mit dem ganzen Gewicht seiner Autorität erklärte, dass Geistesstörung und speciell Querulantenwahnsinn, um den es sich bei D. nur handeln könnte, nicht vorliege, und dass eine Beobachtung desselben nicht nöthig sei. Dabei gab Dr. C. aber selbst zu, dass D. nicht vollständig normal sei, ja er betonte noch,

dass D. „**ein Mensch ist, von dem man im gewöhnlichen Leben sagt, er ist verrückt.**“ (cf. L. IV. 81, 91, Bl. 74.) Es handelte sich demnach zum mindesten um einen Menschen, der auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Geistesstörung steht, was zu entscheiden Dr. C. in der kurzen Zeit, die ihm zur Verfügung stand (cf. L. IV. 81, 91, Bl. 98) kaum im Stande war. Gerade das hätte Veranlassung sein sollen, eine eingehendere Beobachtung zu beantragen. Es blieben indessen die Bemühungen des Rechtsanwalts L. erfolglos, selbst noch mit Hilfe eines Attestes des Irrenarztes Dr. St., welcher auf Grund des ihm vorgelegten Aktenmaterials zu der Ueberzeugung gekommen war, dass D. geisteskrank sei und zwar seit Jahren an Verfolgungs- und Querulantenwahn (Paranoia) leide (L. IV. 81, 91, Bl. 102), die sachverständige Beobachtung des p. D. durchzusetzen. Dem Gericht musste das Urtheil eines Gerichtsarztes, welcher „bei seiner langjährigen Praxis ausreichende Gelegenheit zur Beobachtung und Beurtheilung geisteskranker Personen gehabt hat“ (L. IV. 81, 91, Bl. 103) massgebend erscheinen. Dabei wurde jedoch nicht beachtet, dass bei einem Gerichtsarzt, so gross seine Praxis auch sein mag, die Beobachtung und Beurtheilung Geisteskranker nur einen kleinen Bruchtheil seiner vielen Berufsaufgaben bildet, und dass er verhältnissmässig kurze Zeit Geisteskranke zu beobachten Gelegenheit hat. Dass unter diesen Umständen auch der Gefängnissarzt Dr. K. in Pr. H., welcher schliesslich damit beauftragt wurde, ein weiteres Gutachten über den Geisteszustand des p. D. abzugeben, zu einem negativen Ergebniss kam (das Gutachten vom 4. Mai 1892 lautete, dass D. weder an Verfolgungswahn noch an Querulantenwahn leide und nach der bisherigen Beobachtung geistig nicht gestört sei), ist leicht erklärlich, zumal derselbe sich nur auf das ruhige und unauffällige Verhalten des p. D. im Gefängniss stützte und sich im Uebrigen mit einem einzigen Colloquium begnügte (L. IV. 81, 91, Bl. 114).

Mit diesem Gutachten war aber natürlich für das Gericht damals die Sache endgiltig erledigt.

Es bedurfte erst weiterer Vergehen des p. D., um neuerdings eine nochmalige Exploration des Geisteszustandes zu veranlassen. Da diesmal sowohl Dr. St., als der Gerichtsarzt Prof. Dr. S. darin übereinstimmten, dass ihrer Ueberzeugung nach p. D. an Verfolgungs- und Querulantenwahnsinn leide (M. I. 34, 94, Bl. 61), so konnte den entgegenstehenden früheren Gutachten von Dr. C. und Dr. K. gegenüber wenigstens der Antrag durchgesetzt werden, D. in einer Irrenanstalt beobachten zu lassen. Diese Beobachtung hat lediglich das Gutachten von Dr. St. und Prof. S. zu bestätigen vermocht. Uebrigens war schon das Studium des Actenmaterials genügend, um ein Urtheil über den Geisteszustand des p. D. zu gewinnen.

Danach stammt p. D. aus einer besonders von mütterlicher Seite erblich stark belasteten Familie. Der Vater der Mutter und ein Bruder derselben waren nach Angaben, die p. D. selbst gemacht hat, Säufer, der Letztere

ist ausserdem wahnsinnig (L. IV. 81, 91, Bl. 74), er soll, wie D. erzählte, wiederholt an Tobsuchtsanfällen gelitten haben; ausserdem ist ein Vetter mütterlicherseits nach den Angaben des p. D. Halbidiot. Die Mutter des D. hat nach ihren eigenen Mittheilungen, die von der Frau des D. zu den Allenberger Personalacten gegeben worden sind, während sie mit D. schwanger ging, an Geistesstörung (Melancholie) gelitten, welche im Ganzen ca. 2 Jahre gedauert haben soll. Schliesslich soll auch der Vater des p. D. Trinker gewesen sein. Die Jugend des p. D. war (wie er selbst in seinem in A. abgefassten Lebenslaufe schreibt) freudlos. „Das Gehöft meines Vaters war ein Abbau und lag in einer Waldecke. In dieser Idylle lernte ich zwar frühe die Natur und Gott, aber keine Menschen kennen.“ Der Knabe entwickelte sich nach den Angaben seiner Mutter trotz mehrerer Erkrankungen körperlich gut, aber er blieb „still und verschlossen, er gesellte sich und spielte nie mit anderen Kindern.“ „Er war stets allein in sich gekehrt, suchte sich nie an einen anzuschliessen oder zum Freunde zu haben. Als Kind lag er manchmal halbe Tage lang ganz still in einem Winkel.“ Besonders hervorzuheben ist aber eine Charaktereigenschaft, welche für seine Zukunft so verhängnissvoll werden und ihn in die schwerwiegendsten Conflicte verwickeln sollte, das ist sein hochgradiger Eigen- und Starrsinn, welcher bereits in frühester Jugend hervortrat. „Was er wollte, mussten sie (sc. die anderen Kinder) stets thun, weil er von seinem Willen nicht so leicht abzubringen war.“ Die misslichen Verhältnisse der kinderreichen Eltern scheinen Veranlassung gewesen zu sein, dass D. mit 9 Jahren zu einem Onkel gebracht wurde, welcher ihn als eigenes Kind anzunehmen versprochen hatte. D. blieb daselbst bis zum vollendeten 12. Lebensjahre. „Dieses ist der traurigste Abschnitt meiner Jugendzeit gewesen, denn dort war ich der psychischen und moralischen Verwahrlosung preisgegeben. Nur durch eigenmächtige Flucht zu meinen Eltern und durch die entschiedenste Weigerung, wieder dorthin zurückzukehren, entzog ich mich diesem trostlosen Zustande.“ Neben sehr guten Fähigkeiten (er selbst sagt von sich, dass er einen regen Geist, ein vorzügliches Gedächtniss und hervorragende Fassungskraft besass) zeigte D., wie es scheint, einen grossen Fleiss und Ehrgeiz. So wurde er auf Anrathen des Pfarrers und Lehrers seines Ortes für den Lehrerberuf bestimmt, obgleich er mehr Lust für ein Handwerk hatte. Wie labil sein seelisches Gleichgewicht war, zeigt eine schwere geistige Erkrankung, in welche er durch die heftige psychische Erschütterung verfiel, die der Ertrinkungstod eines Mitschülers auf ihn ausgeübt hatte. Er soll damals eine lange Zeit tiefe Schwermuth gezeigt haben. Im 15. (nach Angabe der Mutter im 17.) Lebensjahre war es eine schwere Lungenerkrankung (er hatte Fieber und hustete Blut), welche wiederum eine Geistesstörung bei ihm auslöste. Er selbst schreibt darüber: „Im 15. Lebensjahre verfiel ich abermals in einen andauernden Krankheitszustand, welcher nach meiner jetzigen Beurtheilung Tuberkulose gewesen sein könnte. In

Folge des Fiebers und eines Traumes (er gibt an, es seien ihm Engel erschienen, welche ihm sein späteres Schicksal verkündet hätten, besonders dass er viele Processe führen und Gefängnisstrafen verbüssen würde wurde ich in jener Zeit thatsächlich in hochgradige Erregung und Angs versetzt." D. sträubt sich jedoch energisch dagegen, dass dieser Zustand als Geistesstörung bezeichnet werde. Unfraglich aber hat es sich um eine solche gehandelt. Seine Mutter berichtet darüber Folgendes: „Von da an bemerkte ich, dass sein Geist krank war; er stand Stunden lang auf einer Stelle und starrte in's Leere oder ging in Feld und Wald den ganzen Tag, dass er nicht nach Haus kam, auch nicht zum Essen. Wie es sich eingestellt hatte, so wurde er auch wieder langsam gesund." Rechtsanwalt L. führt die Mutter (Ausgedingerin Frau Regine D.) und die Tischlermeisterfrau Sch. in H. zu Zeugen an, dass D. damals an Hallucinationen gelitten, Engelstimmen gehört habe, die ihm geboten hätten Missionar zu werden, dann allerlei wirres Zeug gesprochen habe und oft in einem solchen Zustand der Extase auf freiem Felde mit starren Augen und fast unbeweglich stehen geblieben sei, bis ein solcher nicht seltener Anfall vorübergegangen sei (M. I. 34, 94, Bl. 38).

Was den äusseren Lebensgang des p. D. betrifft, so bereitete er sich, wie bereits erwähnt, zum Lehrerberuf vor, indem er zunächst bei einem Lehrer Th. Privatunterricht nahm, dessen Stelle er übrigens, als derselbe W. verliess, dreiviertel Jahre verwaltete. D. besuchte sodann von 1870 bis 1873 das Seminar in K. resp. W. und bestand Ostern 1873 die erste Prüfung mit fast durchgängig guten Prädikaten. Nachdem er seine erste Anstellung an der Stadtschule zu Z. erhalten, von wo aus er auch seiner Militärpflicht genügte, legte er October 1875 die zweite Prüfung mit genügendem Resultate ab, welche ihn zur definitiven Anstellung im Lehramt befähigte. Sein Ehrgeiz liess ihn aber nicht ruhen. Mit rastlosem Eifer strebte er sich fortzubilden und besonders nach seiner Verheirathung im Jahre 1879 weitere Qualifikationen zu erlangen. 1880 machte er nach einer mehrwöchentlichen Uebung das Examen als Feld-Lazareth-Rendant, October 1882 bestand er die Prüfung als Mittelschullehrer, wobei er ausser der allgemeinen und pädagogischen Bildung in Mathematik und Naturwissenschaft über das verlangte Maass hinausgehende Kenntnisse nachwies (Personalacten P. Bl. 56), März 1884 erlangte er auch die Facultas im Deutschen für Mittel- und höhere Töchterschulen, und 1885 endlich bestand er die Rectoratsprüfung für Volksschulen. Im Jahre 1877 hatte er seine Stelle in Z. aufgegeben und eine Lehrerstelle in K. an der Knaben-Volksschule auf dem R. . . . erhalten. 1883 wurde er hier zum Dirigenten und stellvertretenden Hauptlehrer an die Nebenschule der H . . . . er Mädchenschule berufen, in welcher Stellung er zunächst dem Rector und Hauptlehrer M. coordinirt war, bis 1885 die Nebenschule aufgehoben und D. dem Rector M. unterstellt wurde. Wegen der Spannung und des unverträglichen Verhältnisses, welches allmählich zwischen Beiden eintrat und

zu den schwersten Conflicten führte, wurde D. schliesslich 1887 an die Knabenschule auf dem S . . . versetzt. Nachdem er Februar 1888 wegen falscher Anschuldigung und Beleidigung zu $1^{1}/_{2}$ Jahren und November 1888 wegen falscher Anschuldigung nochmals zu 6 Monaten Gefängniss verurtheilt worden war, wurde er disciplinariter seiner Lehrerfunctionen enthoben. Nach Verbüssung seiner Gefängnissstrafe in Pr. H. nahm er 1890 die Leitung einer Privatschule in Gross-P. an. Hier wurde er Januar 1892 wegen Sittlichkeitsverbrechen zu 1 Jahr Gefängniss verurtheilt, welches er gleichfalls in Pr. H. verbüsste. Später gelang es ihm, eine Stelle als Comptorist im S.'schen Geschäft zu K. zu erlangen, welche er bis zu seiner Aufnahme in A. bekleidet hat.

Die eigentlichen Conflicte des p. D. beginnen im Jahre 1887 und haben seitdem nicht aufgehört. Sie sind alle die Folge des Zerwürfnisses mit dem Rector M., welches im Jahre 1885, vielleicht auch schon früher, den Anfang genommen hat, aber erst 1887 gelegentlich eines später zu besprechenden Vorkommnisses zum offenen Ausbruch kam. Dieses Zerwürfniss bildet unstreitig den Wendepunkt in dem Leben des p. D.

Demselben sind aber in den früheren Stellungen schon manche andere Conflicte vorausgegangen, welche auf den rechthaberischen und streitsüchtigen Charakter des p. D. ein bezeichnendes Licht werfen. Er war, wie seine Frau selbst mittheilt, ausserordentlich ehrgeizig und duldete von einem Vorgesetzten keinen Tadel. „Wenn er dachte, dass er Recht hatte, bestand er auf sein Stück" (Mittheilungen seiner Mutter). Der erste Conflict, welcher dem Sachverständigen bekannt geworden ist, fällt in den letzten Theil seiner Seminarzeit, wo er mit einem Lehrer wegen einer Massnahme beim Unterricht, die von jenem angeblich ungerechtfertigter Weise getadelt wurde, in offenen Streit gerieth und demselben schliesslich in seiner Aufregung vor der ganzen Klasse den Gehorsam verweigerte. Das hätte beinahe zur Folge gehabt, dass D. vom Examen, das nahe bevorstand, ausgeschlossen wurde. Schliesslich bequemte er sich dazu, Abbitte zu leisten, und so liess man die Sache durchgehen. Ein anderer Conflict mit seinen Lehrern wird ausserdem in den Mittheilungen seiner Mutter angedeutet. Er sollte einmal wegen Lachens verwiesen werden, das Lachen aber energisch in Abrede gestellt haben und selbst durch die Drohung, ihn von der Prüfung zurückzuweisen, sich nicht haben bewegen lassen, die Sache einzugestehen. „Ehe ich lügen soll, will ich lieber kein Lehrer werden." Wesentlich deutlicher tritt die Natur des späteren Querulanten bei einem Streit hervor, den er 1875 als Lehrer in Z. mit dem Bürgermeister dieser Stadt hatte. D. fühlte sich darüber beschwert, dass bei dem grossen Manöver, welches damals bei Z. stattfand, der Bürgermeister in D.'s Dienstwohnung, welche angeblich nur aus einem Zimmer bestand, Einquartirung legte. Sehr bezeichnend ist zunächst, dass D., welcher angeblich dadurch genöthigt war, sich während der Zeit des Manövers ein anderes Logis zu besorgen, seine Wohnung nicht gutwillig hergeben und aufschliessen wollte,

sodass der Bürgermeister gezwungen war, die Wohnung durch einen Schlosser aufbrechen zu lassen. D. reichte nun, angeblich auf Veranlassung mehrerer Bürger, gegen die der Bürgermeister ähnliche Gewaltthaten verübt haben sollte, eine Anklage bei der Kgl. Staatsanwaltschaft zu B. wegen Hausfriedensbruchs ein, wurde aber zurückgewiesen. Dabei liess es aber der streitsüchtige Sinn des p. D. nicht bewenden. Sofort beschwerte er sich über die Staatsanwaltschaft bei der Kgl. Oberstaatsanwaltschaft, und als auch diese Beschwerde als nicht gerechtfertigt zurückgewiesen wurde, ging er bis an den Justizminister und schliesslich sogar mit einer ausführlichen Beschwerde an's Abgeordnetenhaus, welche er, als sie in der einen Session unerledigt blieb, im nächsten Jahre wiederholte. Leider ist der objective Thatbestand, welcher von der Darstellung des p. D. wohl erheblich abweichen dürfte, nicht bekannt. D. ist selbstverständlich noch heute davon überzeugt, dass ihm damals Unrecht geschehen sei, und dass seine Beschwerden begründet waren. Ganz charakteristisch ist aber, wie er die Zurückweisung derselben erklärt. Der damalige Abgeordnete des Kreises H., Kreisrichter B., habe ihm (D) in einer persönlichen Unterredung eröffnet, dass Bürgermeister S. ihm ein offenes Unrecht zugefügt habe und ihm sein Recht werden müsste — wenn nicht der Militairfiskus in Mitleidenschaft gezogen wäre. Kaiser Wilhelm sei in solchen Dingen leicht verletzt und es müsste eine öffentliche Discussion der Beschwerde vermieden werden. Herr B. habe ihm „als Bevollmächtigter aller rechtlich denkenden Abgeordneten“ sein Bedauern über den Vorfall ausgedrückt und ihn ersucht, wegen der oben angeführten Gründe weitere Schritte zu unterlassen. In der That scheint D. sich damals beruhigt zu haben. Doch scheint dieser Vorfall die Veranlassung gewesen zu sein, dass er seine Stelle in Z. aufgeben musste. Zu bemerken wäre noch, dass D. auch die Zurückweisung einer Bewerbung um eine Lehrerstelle in D. auf die Machinationen jenes Bürgermeisters zurückführt.

Als Volksschullehrer auf dem R . . . . scheint D., welcher übrigens allenthalben die besten Zeugnisse über seine Führung und seine Tüchtigkeit und Befähigung im Unterrichten erhalten hatte (cf. Personalacten K. Bl. 7, 8, 10, 109 und L. IV. 81, 91 Bl. 235 und 236), in den ersten Jahren ruhig und ohne wesentliche Conflicte gelebt zu haben. Officiell ist nur bekannt, dass er im Jahre 1883 als Dirigent der Mädchenschule gegen einen Lehrer H. Anschuldigungen vorgebracht hat, welche zum Theil als zweifelhafter Natur, sonst aber nicht näher bezeichnet werden (Personalacten des D. beim K . . . . . er Magistrat Bl. 109). Nach Berichten aber, die D. in A. aufgesetzt hat, um nachzuweisen, dass sein Hauptfeind und Widersacher der verstorbene Oberbürgermeister S. gewesen sei, sollen bereits 2 Jahre nach seiner Anstellung in K. einige Conflicte mit den vorgesetzten Schulbehörden vorgekommen sein, welche die rechthaberische Natur des D. hervorgerufen zu haben scheint. D. will sich die Feindschaft des Oberbürgermeisters dadurch zugezogen haben, dass er gelegentlich einer Schulvisitation

dem betreffenden Mitgliede der Stadtschuldeputation Dr. K. von der Michaelversetzung, welche an der Schule stattgefunden hatte, Mittheilung machte und dieselbe auf die persönliche Anordnung des Herrn Oberbürgermeisters zurückführte, eine Anordnung, die angeblich gegen einen kurz vorher gefassten Beschluss der städtischen Behörden, wonach Versetzungen nur zu Ostern stattfinden sollten, verstiess. Herr Oberbürgermeister S. soll D. daraufhin in einer öffentlichen Sitzung als „groben Lügner“ bezeichnet und versucht haben, die Zeitungsreporter mit Nennung des vollen Namens zur Wiedergabe dieses scharfen Ausdrucks in ihren Berichten zu veranlassen. Da ihn jedoch die Zeitungsredacteure und ausserdem Dr. K. vor öffentlicher Blossstellung geschützt hätten, so habe S. damit eine öffentliche Niederlage erlitten. Es sei ihm bereits damals gesagt worden, dass S. ihm diese Niederlage nie vergessen werde, und dass er deshalb gut thun würde, sich von K. fortzumelden. Später, als D. Dirigent der Mädchenschule wurde, scheinen die Conflicte sich gehäuft zu haben. D. giebt an, dass er wiederholt wegen einiger Missstände an der Schule Beschwerde geführt habe, will aber durch den früheren Stadtschulrath Dr. P. selbst dazu veranlasst worden sein. Wahrscheinlich aber ist, dass die Querulantennatur des D. aus der Mücke einen Elephanten machte und sofort Beschwerden erhob, wenn ihm etwas nicht passte. So sollen sich einmal während eines Baues an der Schule in den Mauern Risse gebildet haben, „sodass man bequem die Hand hindurch stecken konnte.“ Ferner sollen im Winter die eisernen Oefen so starke Hitze ausgeströmt haben, dass Kinder „thatsächlich ohnmächtig wurden“. Seine Beschwerden, die damals zurückgewiesen worden seien, weil Oberbürgermeister S. seine Angaben als unwahr und unbegründet hingestellt hätte, hätten sich später übrigens als gerechtfertigt herausgestellt, indem sein Nachfolger, Rector W., die Aufstellung neuer Oefen durchgesetzt habe. Ob dies während seiner Lehrerzeit in K. die einzigen Beschwerden über Schuleinrichtungen geblieben sind, ist hierorts nicht bekannt.

Unterdessen hatten die Misshelligkeiten mit Rector M. begonnen. D. wirft dem Rector M. grosse Unverträglichkeit vor und stellt es als erwiesen und allgemein bekannt hin, dass sich M. mit keinem seiner Lehrer habe vertragen können. Doch ist auf die meist aller Unterlage entbehrenden Behauptungen D.'s, welcher, wie später ausgeführt werden wird, völlig der Kritik für das Thatsächliche ermangelt und als allgemein bekannt und erwiesen bezeichnet, was sich später als durchaus unrichtig und unerwiesen herausstellt, wenig zu geben. Andererseits spricht gegen dieselben der Umstand, dass die Lehrer in dem Conflict zwischen M. und D. Alle auf Seiten des ersteren traten.

Bald, nachdem Rector M. und D. in dienstliche Beziehung kamen, scheinen die Eifersüchteleien und Streitigkeiten zwischen ihnen begonnen zu haben. Ob D. Recht hat, wenn er von unzähligen Verläumdungen und Nörgeleien spricht, denen er von Seiten des Rector M. ausgesetzt gewesen

sei, kann hier nicht entschieden werden. Jedenfalls wäre es beinahe bereits October 1883, also ein halbes Jahr nach der Anstellung des D. als Dirigent der Nebenschule, zu dem Eclat gekommen, welcher in Wirklichkeit 4 Jahre später erfolgte. D. stellt den Vorfall folgendermassen dar: M. als Dirigent der Hauptschule und er selbst als Dirigent der Nebenschule wechselten sich bei der Aufnahme der neuen und der von anderen Schulen kommenden Schülerinnen ab. Michaeli 1883, wo D. die Aufnahme neuer Schülerinnen zu besorgen hatte, wollte sich ein Mädchen bei ihm aufnehmen lassen, welches auf Befragen angegeben habe, bisher noch keine Schule besucht zu haben. Nachdem D. anstandslos die Aufnahme desselben vollzogen hatte, stellte es sich heraus, dass das Mädchen bereits eine Schule besucht hatte. Rector M. hatte nämlich vom Rector jener Schule den Ueberweisungszettel zugeschickt erhalten und, da sich das Mädchen bei ihm nicht gemeldet hatte, dasselbe auf die Versäumnissliste gesetzt. Der Mutter des Mädchens, welche daraufhin in Strafe genommen werden sollte, bescheinigte nun D., dass das Mädchen bei ihm die Schule regelmässig besucht habe. Daraufhin scheint M. gegen D. eine Anzeige bei der vorgesetzten Schulbehörde eingereicht zu haben. Unter den Papieren des D., welche Frau D. zu den Allenberger Personalacten gegeben hat, befindet sich die Abschrift der Gegenerklärung, welche D. auf diese Anzeige machte. D. bediente sich hier bereits ziemlich energischer Ausdrücke, welche eine lebhafte Erregung und seine Unfähigkeit zu sachlicher Behandlung einer Frage zeigen. D. meint, dass Herr M. eine förmliche Denunciation gegen ihn eingereicht habe, wonach er (D.) der vorgesetzten Behörde als der leichtfertigste Mensch erscheinen müsste, sucht die bona fides des M. anzuzweifeln, indem er ihm Widersprüche vorwirft, ja er steht nicht an, von unwahren Behauptungen des M. zu sprechen. „Ueberhaupt ist es mir unbegreiflich, wie Herr M., ohne sich auch nur die geringste Mühe zu geben, um der Sache auf den Grund zu kommen, mit solch unwahren Behauptungen gegen mich auftreten kann."

Mag nun D., welcher sachlich unzweifelhaft einen Fehler begangen hat, dabei in der That keine wesentliche Schuld treffen — auch die vorgesetzte Behörde scheint angenommen zu haben, dass D. bei der Aufnahme der Schülerin bona fide gehandelt habe — jedenfalls wird man zugeben müssen, dass die Sprache, welche D. führt, durchaus unangemessen und ungeziemend ist und seine Vertheidigung weit über ihr Ziel hinaus schiesst, indem sie zu groben Angriffen übergeht. D. will auch bereits damals die Absicht gehabt haben, gegen M. gerichtlich vorzugehen, um denselben wegen Verleumdung zu belangen, aber durch die Zureden des Schulraths Dr. P. sich davon haben abhalten lassen, welcher ihm die Zusicherung gegeben habe, dafür zu sorgen, dass er vor M. Recht habe.

In den nächsten Jahren scheint ein einigermassen erträgliches Verhältniss zwischen Beiden geherrscht zu haben, bis kurz nach dem Weggange des Dr. P. von K., welcher Januar 1886 durch den Stadtschulrath T.

ersetzt wurde, der in D. schon lange glimmende und mühsam niedergehaltene Funke zu heller Flamme angefacht wurde. Den Anlass bot wie gewöhnlich eine Bagatelle, die Einführung eines neuen Rechenhefts in den Schulunterricht. Rector M. sprach in einer Lehrerconferenz (April 1886) u. A. über einen Lehrplan, welcher demnächst eingeführt werden sollte und gleichzeitig über die beabsichtigte Einführung des Büttner'schen Rechenbuchs. M. scheint seine Ausführungen ganz im Allgemeinen gehalten zu haben, D. fühlte sich aber durch dieselben veranlasst, als der neue Lehrplan am 3. Mai 1886 in Kraft trat, sofort auch das gedachte Rechenheft in seiner Klasse anschaffen zu lassen, und machte auch bei einer am 7. Mai unter dem Vorsitz des Stadtschulraths T. stattfindenden Conferenz von Rectoren und Hauptlehrern, wobei der neue Lehrplan und die Verfügung zur Sprache kam, dass das Büttner'sche Rechenheft vorläufig nur in der untersten Klasse und erst nach und nach in den oberen Klassen eingeführt werden sollte, von der bereits vollzogenen Einführung des Rechenheftes in seiner oberen Klasse Mittheilung, indem er sich darauf berief, dass Rector M. ausdrücklich bestimmt habe, dass zugleich mit der Einführung des neuen Lehrplanes das Rechenheft von Büttner eingeführt werden sollte. Da Rector M. dies aber entschieden in Abrede stellte, so hätte sich, zumal alle übrigen Lehrer der M.'schen Schule die Einführung des Rechenheftes unterlassen hatten, die Sache auf die einfachste Weise erledigt, wenn D. erklärt hätte, er für seinen Theil habe M. so verstanden. Dies wäre wenigstens für jeden normalen Menschen, welcher sich bewusst ist, wie leicht man Missverständnissen ausgesetzt ist, der natürlichste Schritt gewesen, nicht aber für den verschrobenen, streitsüchtigen und rechthaberischen Sinn des D., welcher in der Ableugnung der von ihm behaupteten Thatsachen eine Antastung seiner Wahrheitsliebe sah und absolut nicht zugeben wollte, dass er die Worte M.'s missverstanden haben könnte. So kam es zu einem Zank in öffentlicher Conferenz, welchem Stadtschulrath T. zunächst Einhalt that. Obgleich nun das ganze Lehrercollegium sich auf die Seite M.'s stellte und eine Erklärung unterschrieb, dass M. nur im Allgemeinen von der beabsichtigten Einführung des Büttner'schen Rechenheftes gesprochen, dieselbe aber keineswegs ausdrücklich angeordnet habe, blieb D. mit starrem Eigensinn nicht nur bei seinen Behauptungen, sondern strengte sogar gegen M. eine Privatklage wegen Beleidigung an, indem er behauptete, M. habe ihn durch die Bestreitung seiner Aussagen und durch die Beibringung der Erklärung des Lehrercollegiums als Lügner hingestellt (M. I. 116/87 Bl. 140 ff.).

Damit beginnt die Reihe von Processen und Beschwerden, womit D. seitdem unablässig die Gerichte in Thätigkeit versetzt hat, und es entwickelt sich in ihm das System von Verfolgungsideen und darauf basirter Angriffsweisen, welche den Querulantenwahnsinn charakterisiren. Bei seinem krankhaft gesteigerten Ehrgefühl und seiner zu Beeinträchtigungsideen geneigten Geistesverfassung sah er in dem einfachen Widerstreit M.'s gegenüber seinen Behauptungen den Vorwurf der Lüge und glaubte seine Ehre

auf das Empfindlichste gekränkt. Ohne zu bedenken, dass mit demselben Recht M. sich ebenfalls durch die Bezweiflung seiner Angaben gekränkt und beleidigt fühlen konnte, zögerte D. keinen Augenblick, gegen M. die Beleidigungsklage anzustrengen. Unzweifelhaft hatte D. den Rector M. bei der Conferenz dahin verstanden, dass das Büttner'sche Rechenheft zugleich mit der Einführung des neuen Lehrplanes angeschafft werden sollte, und da er ihn so verstanden hatte, so musste es M. auch so gesagt, und alle übrigen bei der Conferenz anwesenden Lehrer mussten es auch so gehört haben. Wenn M. dies in Abrede stellte, so log er; wenn die übrigen Lehrer eine Erklärung unterschrieben, welche sich mit den Behauptungen M.'s deckte, so waren sie von M. beeinflusst und bearbeitet; wenn sie vor Gericht in demselben Sinne aussagten, so handelten sie gegen ihr besseres Wissen, und wenn sie ihre Aussagen beschworen, so schworen sie wissentliche Meineide, während M. sie zu denselben anstiftete. Eine andere Möglichkeit gab es für D. nicht.

Das sind die (natürlicher Weise falschen) Prämissen, von denen D. ausgeht, es sind die Grundpfeiler seines Wahnsystems, welche sich in ihm mit der Macht primärer Wahnvorstellungen erheben, gegen die es kein Zweifeln und kein Deuteln giebt, und welche unmittelbar sein Verhalten und Vorgehen bestimmen. Von seinem Rechte unerschütterlich überzeugt, verfolgte er nun seine Gegner mit der Rücksichtslosigkeit, welche dem verrückten Querulanten eigenthümlich ist. Um sein angebliches Recht durchzusetzen, ging er, durch Misserfolge unbelehrt, von einer Instanz in die andere, häufte Beschwerden auf Beschwerden, Denunciationen auf Denunciationen. Mit der grössten Sorglosigkeit, und ohne die Tragweite seiner Worte zu ermessen, schleuderte er gegen seine Gegner die schwersten Beleidigungen.

Allenthalben suchte er die Wahrheitsliebe seiner Gegner anzugreifen und beschuldigte sie ohne Bedenken grober Unwahrheiten und Lügen. In dem Schriftstück vom 11. Februar 1888 (M. I. 116/87 Bl. 124) heisst es: „Aus diesen Beschwerden geht zur Evidenz hervor, dass Rector M. ein händelsüchtiger und unwahrheitsliebender Mensch ist"; an einer andern Stelle: „Aus diesem Schriftstück geht zur Evidenz hervor, dass Lehrer E. damals grobe Unwahrheiten gegen mich zu Protokoll gegeben hat." Bezüglich einer angeblichen Behauptung M.'s erklärt D. hintereinander: „Das ist unwahr," „dieses erkläre ich rundweg für eine grobe Lüge." Diese Bezichtigungen, welche in allen Schriftstücken, selbst in dem Bittgesuch an den Kaiser wiederkehren („Das ist eine grobe Unwahrheit," M. I. 61, 88, Bl. 225) sind aber noch relativ harmlos gegenüber seinen weiteren Beschuldigungen und Denunciationen. Er beschuldigte M. des öffentlichen Betruges (M. I. 116/87, Bl. 124), der Beeinflussung seiner Lehrer und der Anstiftung zum Meineide [cf. M. I. 61, 88, Bl. 7: M. setzte ihm — dem Lehrer D. — so lange zu, bis er unterschrieb," „M. hat also hiernach den T. zum Meineide verleitet und noch den L. irre geführt"], des Meineides

(M. I. 61, 88, Bl. 6) und der Urkundenfälschung (cf. M. I. 61, 88, Bl. 7: Es liegt also eine Urkundenfälschung vor..... Meiner Meinung nach kann an der Urkundenfälschung nur M. allein ein Interesse haben".) Die Zeugen, welche gegen ihn aussagten, klagte er wissentlicher oder fahrlässiger Meineide an, selbst seinen Freund S. zieh er eines Meineides („In dem genannten Termin haben sich Rector M., Fräulein E. und Schriftsteller S. des wissentlichen Meineides schuldig gemacht," M. I. 61, 88, Bl. 230), D. ging aber noch weiter. Er suchte nach Beweisen für die Unlauterkeit des Charakters M.'s und entblödete sich nicht, zu diesem Zwecke seine eigenen Schülerinnen über M. auszufragen und zu Spionierdiensten zu veranlassen (M. I 61, 88, Bl. 8). Die vagen Gerüchte, welche ihm diese hinterbrachten, waren für ihn hinreichend, da ihm von vornherein der unmoralische Lebenswandel des M. feststand, denselben unsittlicher Handlungen mit einer Lehrerin seiner Schule und mit seinen Schülerinnen zu bezichtigen.

In ähnlicher Weise suchte D. 1891, als er selbst als Privatlehrer in P. wegen Sittlichkeitsverbrechen angeklagt wurde, die Belastungszeugen zu verdächtigen und ihre Aussagen als unglaubwürdig, die ganze Sache als einen Racheact hinzustellen. Die Sache sei „als ein Product der grössten Böswilligkeit" (L. IV. 81, 91, Bl. 2) in Scene gesetzt, damit der Contract mit ihm aufgehoben werden könne (ebend.). Die Familie H., welche das Gerücht aufgebracht, sei ihm feindlich gesinnt, weil er aufgehört habe, sich von derselben beköstigen zu lassen, der H. sei ein gewohnheitsmässiger Trinker und zuweilen nicht zurechnungsfähig (ebend. Bl. 20), derselbe habe ihn einmal geradezu zur Urkundenfälschung verleiten wollen (ebend., Bl. 46), die Frau Förster E. habe das Gerücht unterstützt, „weil ihr seine Person nicht gefallen", dieselbe sei als klatschsüchtig bekannt (ebend. Bl. 20), dieselbe sei in ihrer Gegend geradezu solcher Schändungen wegen verrufen. Der Zeuge P. sei ein zweideutiger Charakter, derselbe habe vom Contract loskommen wollen, und als ihm dies nicht gelungen sei, sei er gegen ihn aufgetreten. Frau P. leide an Wahnvorstellungen, der Zeuge M. sei im höchsten Grade halsstarrig und von P. aufgestachelt worden (ebend., Bl. 133). Ebenso seien die Aussagen der Kinder hinfällig; Lisbeth E. sei ein freches, starrköpfiges Kind, die Mathilde H. ein verlogenes Kind, deren Denken, Reden und Handeln förmlich von unzüchtigen Motiven getränkt sei, die Elsbeth P. habe eine schrankenlose Phantasie, sie müsse überredet worden sein in der Weise, dass ihre Phantasie künstlich erregt wurde" (ebend., Bl. 46), die zusätzlichen Aussagen des M. vor dem Untersuchungsrichter und im Termin seien erzwungen worden (ebend., Bl. 133).

Man könnte nun vielleicht glauben — und die Gerichte haben dies auch irrthümlicherweise angenommen —, dass D. alle diese Verdächtigungen und Beschuldigungen, von denen seine Schriftstücke nur so strotzen, aus purer Böswilligkeit und Rachsucht ersonnen und verbreitet habe. Damit

thut man aber dem Charakter des D., dessen Pflichtgefühl und Pflichttreu alle Zeugnisse rühmend hervorheben, Unrecht. D. ist, wie eine Prüfun seiner Schriftstücke und jede Unterredung mit ihm zeigt, von der Wahrhei seiner Behauptungen felsenfest überzeugt. Seine Anschuldigungen sin falsch gewesen, *wissentlich* falsch waren dieselben aber sicherlich nicht Er trägt dieselben allenthalben mit einer Hartnäckigkeit, mit einer Ueber zeugung vor, welche jeden Widerspruch und jede Berichtigung von vorn herein zurückweist.

Wie kommt nun D. zu dieser Ueberzeugung, wenn dieselbe, wie an zunehmen ist, einer Grundlage entbehrt? Erklären lässt sich dies nu durch die Annahme, dass D. geistesgestört ist; ein vernünftiger Mensch kann nicht, ohne irgend einen Beweis an der Hand zu haben, Verdächtigung auf Verdächtigung häufen und die schwersten Beschuldigungen vorbringen, und nicht nur vorbringen, sondern dieselben auch ungeachtet der härtesten Strafen und ungeachtet des Ruines seiner Familie mit unerschütterlicher Zähigkeit wiederholen. In der That gehört dazu, wenn man der Sache näher geht, in erster Linie eine Einsichtslosigkeit und eine Urtheilsschwäche sonder gleichen. Dazu kommt nun die Eigenschaft, welche D.'s Charakter am meisten kennzeichnet, sein unbeugsamer Starrsinn und sein krankhaft gesteigertes Ehrgefühl und Selbstbewusstsein. Es ist ihm unmöglich, anzunehmen, dass er Unrecht haben könnte, und daraus ergiebt sich ihm von selbst und unmittelbar die Vorstellung von der Niedertracht seiner Gegner. Diese Vorstellung ist für ihn nicht bloss eine Muthmaassung, nein, sofort, wie sie in ihm entstanden ist, ist sie für ihn Thatsache, eine Wahrheit a priori, ein Dogma, während sie dem ärztlichen Beurtheiler als primäre Wahnvorstellung erscheint, deren charakteristische Eigenschaft sie besitzt: sie ist in der Realität nicht begründet und trotzdem unerschütterlich. D. sucht und findet für die Niedertracht und Schlechtigkeit seiner Gegner Bestätigungen und Beweise überall, in den harmlosesten, gleichgültigsten nichtssagendsten Worten, Begebnissen und Vorgängen. Fortwährend spürt und combinirt er, aus leisen Andeutungen erheben sich ihm sofort bestimmte Muthmaassungen, die sich wieder durch die Beobachtung anderer Vorgänge schnell zu feststehenden Wahnvorstellungen verdichten.

So vergrössert und befestigt sich der Kreis seiner Wahnvorstellungen fortwährend, steigert sich durch die fortgesetzten Misserfolge, welche alle seine Anstrengungen zu seinem vermeintlichen Rechte zu gelangen haben, seine Reizbarkeit und sein Misstrauen, und erhält dadurch, da zugleich seine Urtheilsfähigkeit immer mehr leidet, nur noch neue Nahrung. Der circulus vitiosus ist fertig. D. behielt eben als rechthaberischer Querulant seine Wahnvorstellungen nicht für sich, sondern trug dieselben streitlustig in die Oeffentlichkeit, und da sie einen Theil seiner Angriffe bildeten und für seine Gegner die schwersten Beleidungen enthielten, zog er sich eine Anklage nach der anderen zu.

Selbstverständlich hielt D. auch nicht mit „Beweisen“ für seine Behauptungen zurück. Im Gegenteil, er häufte Beweise auf Beweise, Zeugnisse auf Zeugnisse, die aber zum grossen Theil für den beregten Gegenstand völlig belanglos, im Uebrigen unstichhaltig waren und nur neue Invektiven für seine Gegner enthielten. Seine Schriftstücke wurden auf diese Weise immer voluminöser, weitschweifiger, zusammenhangloser und arteten schliesslich zu so geschwätziger Breite aus, dass man unter keinen Umständen glauben würde, einen gebildeten, in der Vollkraft seiner Jahre stehenden Lehrer, sondern höchstens ein altes Waschweib als Autor vor sich zu haben. Auch fehlt es nicht an groben orthographischen und stilistischen Fehlern („Sie“ in der Anrede findet sich sehr häufig klein geschrieben, z. B. „Jetzt übergebe ich sie der Staatsanwaltschaft“ M I. 61, 88, Bl. 25, „Thun sie, was sie wollen“, Bl. 27, ferner „als der Erfahrendste“, Bl. 26, „die Th. hat einen Arbeiter J. als Zeuge“ M I. 116, 87, Bl. 88, „ohne die Thatsache an sich gar nicht zu entstellen“, ibid. Bl. 124) und an geschraubten dunkeln, zum Theil ganz unverständlichen Wendungen und Sätzen („Die Tendenz dieser Machinationen — sc., dass M. die Thatsachen so geschickt zu gruppiren weiss, — ist leicht ersichtlich, weil der Falschheit seiner Gegner immer gleich die gerechte Strafe auf den Fersen folgt“ M I. 816, 87, Bl. 124. „Der Verein hat mir empfohlen, das Wiederaufnahmeverfahren nicht einzuleiten, da eine Rehabilitirung ohne die schweren Bestrafungen (?) nicht denkbar ist“, M I. 61, 88, Bl. 233.).

Manche seiner Ausführungen sind geradezu läppisch. So entblödet sich D. nicht zum Beweise, dass Lisbeth E., ein Kind von 11 Jahren, im Stande sei, „förmliche Intriguen in Scene zu setzen“, folgendes anzuführen: „Einst sass ich am Mittagstische, Lisbeth und Clara E. befanden sich im Kabinett (sc. Kloset) nebenbei. Während meines Essens und Zeitungslesens liessen die beiden im Kabinett immer laut ihre Winde von sich fahren, was noch jedes Mal laut bekichert wurde“ (L IV 81, 91 fol. 46). Dieses Beispiel zeigt zugleich, welcher Art die „Beweise“ für die von D. behaupteten Thatsachen sind, und wie dieselben entstehen. Er bezog die harmlosesten Vorkommnisse und Vorgänge auf sich, legte ihnen eine Wichtigkeit und Bedeutung für die ihn beschäftigende Sache bei, die sie nicht im mindesten besagten, brachte den Sinn, den er in sie hineingelegt hatte, als vollkräftige Beweise vor und zog aus ihnen durchaus schwachsinnige Folgerungen. Klassisch ist in dieser Beziehung besonders sein „Beweis“ dafür, dass die Kinder von P. zu ihren Aussagen überredet worden seien: „Der Forstgehilfe Sch. aus Oberförsterei N. wird aus eigener Wahrnehmung bekennen können, dass der Besitzer P. aus B. vor der Verhandlung meiner Strafsache am 2. Januar 1892 im Korridor sich leise mit seinen und den anderen Kindern, die gegen mich vernommen werden sollten, unterhalten und ihnen Semmel zugesteckt hat. Ich schliesse hieraus, dass P. in die Kinder gedrungen ist und sie zu den Aussagen veranlasst hat, die sie vor Gericht gegen mich abgegeben haben“ (L IV 81,

91, Bl. 151). Ferner: „Die Kinder des P. haben vor dem Untersuchungsrichter eine andere Aussage abgegeben, als späterhin in dem Hauptverhandlungstermin, und ist das lediglich, so behaupte ich, auf den Einfluss des E. auf die Kinder zurückzuführen, der genau so wie bei seinen Kindern, auch bei der Marie M. eine andere und zwar falsche Aussage herbeizuführen verstanden hat" (ebend. fol. 152). So ist es mit allen seinen Beweisen. Er behauptet und hält seine Behauptung für einen Beweis, er zieht aus einem Vorkommnis eine Folgerung, die seinem System entspricht, und führt diese Folgerung als Belag für seine Behauptungen an, er liest aus den Worten und Reden einer Person einen Sinn heraus, der seine Beschuldigung zu bekräftigen scheint, und führt dann diese Worte triumphirend als Beweis für die Richtigkeit derselben an. Der Rechtsschutzverein schrieb ihm, dass das Wiederaufnahmeverfahren nur in geringem Umfange Aussicht auf Erfolg biete, die schwereren Bestrafungen aber unberührt lasse und riet ihm von demselben ab, „zumal das nothwendige Präcedenz (?) eines für Sie in so geringem Umfange günstigen Erfolges die Thatsache wäre, dass mindestens zwei Menschen unglücklich werden". Der Sinn dieser Sätze ist ziemlich eindeutig, nur für D. nicht. Er soll vom Wiederaufnahmeverfahren abstehen, da seine schwereren Bestrafungen dadurch doch nicht berührt werden. Auf wen bezieht nun D. die schwereren Bestrafungen? Er ist so erfüllt und besessen von dem Gedanken, dass seine Gegner schwere Strafen verdient haben, dass er die schweren Bestrafungen nicht auf sich, sondern auf seine Gegner bezieht. Und so liest denn D. aus dem Schreiben des Vereins gerade den entgegengesetzten, seine Wahnvorstellungen bekräftigenden Sinn heraus: „Auch dieser Verein ist der Ansicht, dass, wenn die schweren Bestrafungen wegen Meineids (sc. bei seinen Gegnern, die er des Meineids beschuldigt hat) unberührt gelassen werden, der Erfolg für mich ein geringer ist. Weshalb nun die schwereren Bestrafungen unterbleiben sollen, wird zwar verschwiegen, jedoch dürfte der Schluss des Schreibens die Annahme rechtfertigen, dass es aus Humanitätsrücksichten geschehen soll" (M l. 61, 88, Bl. 232). Jede gleichgiltige Bemerkung, irgend ein hingeworfenes Wort fing er auf, legte den ihm passenden Sinn hinein und schmiedete daraus Waffen für seine Verteidigung und seine Angriffe. Besonders mit Aeusserungen von Rechtsanwälten und andern Rechtspersonen ging D. in dieser Weise um und legte ihren angeblichen Ansichten über seine Sache und über seine Gegner zuweilen den Werth von unanfechtbaren Orakeln bei. Auffallend tritt dies in einem nicht weniger als zwölf Folioseiten umfassenden Antrag auf Voruntersuchung (M I. 61, 88, Bl. 26) und in seinem Bittgesuch an seine Majestät zu Tage. „Wenn ich", so schreibt D., „einen Prozess unter dem Beistand eines Rechtsanwalts führe und derselbe mir versichert, dass eine Beleidigung vorliege, so kann ich nicht wissen, ob das richtig oder unrichtig ist" (d. h. D. hält es unbedingt für richtig, weil es mit seiner vorgefassten Ansicht übereinstimmt). In seinem Gnadenge-

such an den Kaiser führt D. folgendes aus: „In einer Unterredung mit meinem Verteidiger (Rechtsanwalt L.) sagt derselbe, dass Herr Staatsanwalt B. sich in meiner Sache „verrannt“ habe, ich werde ganz entschieden verurteilt werden. Derselbe äusserte sich wörtlich: Wenn Sie wüssten, was Herrn B. alles vorgelogen — denken Sie sich vorgelogen worden ist und noch von Männern, die eine Behörde vertreten (Beweis, Eid). Als ich ihm hierauf alles erzählte, womit Herr Oberbürgermeister S. und Herr Stadtschulrath T. mir gedroht hatten, wunderte er sich nicht wenig, dass man an betreffender Stelle gewagt habe, mich von allen nichtswürdigen Schritten in Kenntniss zu setzen. Auf eine diesbezügliche Frage antwortete er: Wenn Sie alles wissen, warum fragen Sie mich?“ Es ist natürlich ganz undenkbar, dass Herr Rechtsanwalt L. sich so ausgedrückt hat, wie D. es behauptet; unfraglich hat D. einige Aeusserungen des Rechtsanwalts falsch verstanden und ihnen erst den Sinn beigelegt, welcher sich dann seinem Gedächtniss als wirklicher Ausspruch desselben einprägte. Das Gnadengesuch ist voll von ähnlichen unzweifelhaft falschen Auslegungen. Der Rechtsanwalt S. wolle seine Sache nicht weiter führen, „weil er zu viele Personen unglücklich machen müsste“ (ebend. Bl. 231). Der Rechtsanwalt L. habe ihm zuerst die besten Hoffnungen gemacht, später ihm aber eröffnet, dass er ihn nur in zwei Punkten befreien könne; denn er könne es auch nicht über sein Herz bringen, so viele Personen unglücklich zu machen, da doch fast alle durchweg nur Einflüsterungen Gehör geschenkt hätten“ (ebend.). Die darauf folgenden speciellen Ausführungen bezüglich des Stadtschulraths T. geben ähnlich wie die oben mitgetheilte Auslegung des Schreibens vom Rechtsschutzverein einen Einblick, wie sich die Aeusserungen Anderer in dem Gehirn des p. D. gestalten, wie sie daselbst aufgefasst, umgemodelt und völlig verkehrt werden. Der Rechtsanwalt L. schreibt an D. nach dessen Angaben folgendes: „So gern ich Ihnen zu Diensten bin, so kann ich mich doch nicht entschliessen, gegen Herrn Stadtschulrath Dr. T., mit dem ich persönlich bekannt bin, die Denunciation wegen Meineids zu erheben, zumal ich in dem mir übermittelten Aktenmaterial dazu einen genügenden Anhalt nicht zu finden vermag.“ Darüber äusserte sich D. wie folgt: Das Aktenmaterial hatte ich bei mir, daher war es mir leicht, aus seinen Briefen das Gegentheil zu erweisen, nämlich, dass auch er der Ansicht gewesen ist, dass Herr Stadtschulrath Dr. T. einen Meineid geleistet hat. Seine Antwort war: „Da Meineid nur die wissentliche Verletzung der Eidespflicht ist, so liegt er nicht schon deshalb vor, weil die beschworene Thatsache eine objektiv unrichtige ist.“ Diese allgemeine Erörterung über den Begriff des wissentlichen Meineides genügt für D. zum Beweise seiner obigen Behauptung. „Hiermit“, schreibt D. wörtlich, „hat Herr L. bestätigt, dass es aktenmässig feststeht, dass Herr Stadtschulrath Dr. T. am 13. November 1888 eine objektiv unrichtige Thatsache beschworen hat“ (ebend. Bl. 231) u. s. w. u. s. w.

Wer solche Folgerungen zieht und diese Folgerungen nicht für sich behält, sondern sogar in einem ernsthaften Bittgesuch an den Kaiser als Beweise für die Niedertracht seiner Gegner allen Ernstes niederschreibt beweist eben den völligen Bankerott seiner Urteilsfähigkeit und ist vernünftigen Erwägungen nicht mehr zugänglich.

Selbstverständlich fand D. auch in den Aeusserungen und in dem Verhalten seiner Gegner Beweise für ihr Schuldbewusstsein. „S. hat selbst unter Zeugen eingestanden, einen Meineid geleistet zu haben“ (ebenda Bl. 230). Dr. T. soll zu ihm unter vier Augen gesagt haben: „Wenn Sie unter den Lehrern Zeugen zu finden vermeinen, täuschen Sie sich. Dafür sind wir eine Behörde.“ Frau E. soll, von D. wegen des Klatsches zur Rede gestellt, ganz empört gesagt haben: „Sie haben es gewagt, mich bloss zu stellen. Wenn es denn gerade darauf ankommt, dass die Kinder etwas gesehen haben müssen, nun so wollen wir doch sehen, was sich machen lässt.“ „Frau V. wunderte sich, dass man auf die Aussagen dieser Kinder etwas geben könnte.“ Herr Prediger F. soll in D.'s Gegenwart „fast wörtlich“ geäussert haben: „Frau E., was Sie mir sagen, bestätige ich von vornherein als wahr. Ihr Freund ist mein Freund, Ihr Feind ist mein Feind.“

Daher sind auch D.'s sogenannte Beweise für seine Unschuld und die Verbrechen seiner Gegner und besonders die Zeugen, die er massenhaft beibrachte, durchaus nichtig. Der grössere Theil der Zeugen bestand aus irgend welchen obskuren Leuten, die aus den Mittheilungen anderer obskurer Leute wissen wollten, dass irgend wer einmal sich geäussert hätte, Rector M. habe dies und dies gethan. Auf solche Zeugen dritten oder vierten Graden stützte denn D. zum grössten Theil seine Beschuldigungen gegen M. So bittet er in einem Schreiben vom 11. Januar 1888 folgende Zeugen zu vernehmen:

1. Eine gewisse T. (Prostituirte) hat bei ihren Bekannten geäussert, dass sie durch ihren früheren Lehrer M. schlecht geworden ist . . . — Dieses hat die Nähterin Anna L. in der Damenschneiderei bei Frl. Sch. erzählt. — Zeuge für die Aussage des Frl. L.: Frl. Therese Sch.

2. Die Arbeiterfrau Th. hat behauptet, dass M. eine Schülerin, Anna G., benutzt habe. Die Th. hat noch einen Arbeiter J. als Zeuge . . . Zeuge für die Aussagen der Th.: Meine Frau.

3. Lehrer S. hat seiner Zeit ebenfalls viel über das unsittliche Verhältniss zwischen M. und seinen Schülern gesprochen. — Zeuge: Pfarrer H. etc.

Besonders bezeichnend ist in dieser Beziehung das Schriftstück vom 11. Februar 1888, wo D. nicht weniger als zwölf Zeugen aufführt. U. A. soll ein Schreiber P. vernommen werden, welcher Ohrenzeuge gewesen sei, als die Marie K. sagte, dass einige Mädchen ihr erzählt haben, dass M. Mädchen gebraucht habe, ferner ein Lehrer B., welcher bekunden soll, a) dass sich E. über die „Stinkvotzenwirtschaft“ lustig gemacht hat, b) dass

E. gar nicht wisse, wie sich M. über das Rechenheft in jener Conferenz ausgelassen hat, c) dass E. sich dahin geäussert habe, dass alle Behauptungen D.'s wohl wahr sein werden (sic.! D. fügt hinzu: E. war nur 1½ Monate an der Schule des M. und gewann schon diese Ueberzeugung!); eine Schmiedefrau N. soll bekunden: a) Marie K. habe schon lange vorher den Vorfall mit M. erzählt, dass sie bei dem Kinderfeste im Thiergarten den M. mit der E. im Chausseegraben betroffen hätten, c) ein junger Mann habe über das Verhältniss zwischen M. und E. gesprochen (sic!), d) M. habe die K. so misshandelt, dass dieselbe erkrankte u. s. w. (M I. 116/88, Bl. 125 und 126).

Was stellte sich nun heraus? „Der Zeuge D. kann aus eigener Wissenschaft nichts derartiges bekunden, welches geeignet wäre, gegen den M. strafrechtlich einschreiten zu können; er hätte nur von seiner Frau gehört, dass M. gegen einzelne Mädchen nach Aussage seiner Aufwärterin, Wittwe K., ausnahmsweise freundlich gewesen und eine derselben sich zum Kaffee eingeladen hätte. Die Frau K. will es wieder von der Aufwärterin des M., Frau G., gehört haben. Letztere kann ebenfalls nichts Wesentliches bekunden. Auch die Vernehmung mehrerer Mädchen hat zu keinem Resultat geführt" (M I. 116/87, Vorakten). Trotzdem baute D. felsenfest auf seine Zeugen. „Da ich durchweg glaubwürdige Zeugen vorgeschlagen habe, so bin ich im voraus überzeugt, dass meine Unschuld an den Tag kommen wird" (M I. 61, 88, Bl. 8).

D. fiel es auch garnicht ein, die Zeugen, welche wirklich etwas Belastendes gesehen oder gehört haben sollen, aufzusuchen und dieselben zu fragen, ob sich die Sache auch so verhalte, sondern er erachtete die ihm von „Zeugen" 3. Grades zugetragenen vagen Gerüchte für vollkräftige Beweise der Verworfenheit M.'s, die für ihn a priori feststand, und spürte fortwährend nach weiteren solchen Zeugen. Seine Frau theilte bei ihrer Anwesenheit in Allenberg mit, dass sie, während ihr Mann seine Gefängnissstrafen in Pr. H. verbüsste, von demselben zu allen möglichen Leuten geschickt worden sei, welche in der Sache gegen M. und Gen. irgend etwas sollten bezeugen können, dass aber die Betreffenden nicht das Geringste von dem gewusst hätten, was sie bekunden sollten. Es ist dies recht bezeichnend. So verhält es sich auch ziemlich bei allen dem Gericht von D. vorgeschlagenen Zeugen. Bei der Vernehmung konnten sie wie gewöhnlich garnichts zur Sache bekunden oder sie sagten gerade das Gegentheil von dem aus, was sie nach D. bezeugen sollten. Die einzigen Zeugen, welche über ein unsittliches Verhältniss zwischen Rektor M. und E. anfänglich belastende Aussagen gemacht hatten, waren drei halbwüchsige Mädchen im Alter von 13—14 Jahren, welche bei ihrer späteren Vernehmung erklärten — selbst nichts gesehen zu haben und sich gegenseitig beschuldigten, dass der andere Theil die Sache zuerst erzählt habe. D. klammerte sich natürlich an die ersten Aussagen, die späteren, obgleich sie bei allen Vernehmungen in derselben Weise wiederholt wurden, hielt

er für irrelevant, indem er behauptete, dass die Mädchen durch Drohungen und Schläge eingeschüchtert und zum Widerruf gezwungen worden seien.

Noch drastischer als in diesem ersten Prozess, wo D. wenigstens scheinbar einige Zeugen für seine Behauptungen hatte, tritt das Missverhältniss zwischen dem, was D. mit Sicherheit erklärte, dass seine Zeugen bekunden würden, und dem, was sie dann wirklich aussagten, in den späteren Prozessen hervor. Die Beschuldigungen, welche zu der augenblicklichen Untersuchungssache geführt haben, begründete er auf Zeugnisse der Arbeiterfrau Th., der Anna Th., des Arbeiter J. und der Lehrerin D., welche ihm gewisse Mittheilungen gemacht haben sollten. Was ergeben aber die Aussagen seiner „Zeugen"? Arbeiter J.: „Mir ist nicht erinnerlich, dass ich jemals von der Frau Th. gehört habe, wie sie zu dem Lehrer D. äusserte, die Schülerin des Rektor M. habe ihr (Th.) mehrere Male erzählt, dass Rektor M. mit ihr nach der Schulstunde den Beischlaf vollzogen habe. Diese Behauptung des D. ist unwahr, derselbe ist mir auch unbekannt" (Vorverfahren gegen M., Bl. 3). Frau Th.: „Bestreiten aber muss ich, die in der Anklage enthaltenen und mir vorgelesenen Aeusserungen in Bezug auf M. gethan zu haben. Ebenso ist es mir nicht erinnerlich, den Vorfall zwischen Rektor M. und der Anna G. dem Lehrer D. und dessen Ehefrau erzählt zu haben." Anna Th.: „Auf die mir vorgelesene Anzeige kann ich nichts bekunden." Lehrerin D.: „Die mir vor gelesene Anzeige des D., worin er behauptet, ich hätte ihm Mittheilungen über den Rektor M. gemacht, muss ich als direkte Lüge bezeichnen. Ich habe mit D. nie über den Rektor M. wegen Sittlichkeitsverbrechen gesprochen, auch nie eine Andeutung zu diesem darüber gemacht (Vorverfahren gegen M., Bl. 5 und 6).

D. liess sich aber durch diese so bestimmten Aussagen seiner „Zeugen", welche für jeden vernünftigen Menschen genügend gewesen wären, seine Sache als verloren aufzugeben, nicht im mindesten beirren, sondern führte eine Reihe neuer Zeugen an, welche die Aeusserungen der D. und Th. gehört haben sollten (Unt. Akt., Bl. 7). Aber das alte Spiel wiederholte sich. Alle Zeugen erklärten nach der Reihe, sie könnten zur Sache nichts bekunden, sie seien bei dem angeblichen Gespräch zwischen Lehrer D. und der D. nicht zugegen gewesen. Das Bezeichnendste aber ist, das D. sich trotz alledem auf die protokollarischen Aussagen dieser Zeugen stützte, nachdem sich diese Aussagen allerdings in seinem Gehirn völlig umgestaltet hatten. Als selbstverständlich das Ermittelungsverfahren gegen M. eingestellt worden war, richtete D. an den Oberstaatsanwalt das Gesuch, dasselbe wieder aufnehmen zu lassen, wobei er wörtlich behauptete: Daraufhin sind die vorgenannten Zeugen vernommen worden und es haben bekundet:

1. Die Arbeiterfrau Th. giebt zu, mir mitgetheilt zu haben, dass M. eine Anna G . . . . . . als Schülerin zurückbehalten und „benutzt" hat, bestreitet dagegen, mir wörtlich mitgetheilt zu haben, dass M. mit seiner Schülerin den „Beischlaf" vollzogen hat!

2. Die Lehrerin D. will mir nur im Scherz mitgetheilt haben, dass sie von Anderen gehört hat, dass M. mit Schülerinnen unzüchtige Handlungen vorgenommen hat, bezeichnete es aber als eine Lüge, mir mitgetheilt zu haben, dass sie persönlich solche Behauptungen gemacht hat (Vorverfahren, Bl. 6). Frl. D. hatte nur zugegeben, dass es ihr erinnerlich sei, dem D. scherzend erzählt zu haben, sie hätte gehört, dass die Kinder einmal dem Rektor M. die Schnupftabaksdose versteckt hätten (Vorverfahren, Bl. 6).

Bessere Beweise für die absolute Unfähigkeit des D., Vorgänge und Aussagen in seinen Prozessen auch nur einigermassen richtig aufzufassen und darzustellen, kann es nicht geben. Wenn er dabei die offenkundigsten, aktenmässig festgestellten Thatsachen leugnet oder verdreht, wenn er Behauptungen aufstellt, die ihm sofort durch die Protokolle widerlegt werden können, so zeigt dies am deutlichsten, dass er dies nicht wissentlich oder absichtlich, sondern nur in Folge eines innern krankhaften Zwanges thun kann, welcher ihm die Dinge in einem veränderten Lichte erscheinen lässt. Er verhält sich ähnlich wie ein Farbenblinder. Wie dieser die verschiedensten Farben, die man ihm vorlegt, nur als eine oder einige zu sehen vermag, für die ihm der Sinn geblieben, so ist D. gezwungen, Alles, was er hört und sieht, in dem Sinne aufzufassen, welcher durch seine krankhafte Gedankenrichtung gegeben ist. Wie oft auch seine Beweise als unstichhaltig, seine Behauptungen als ungeheuerlich, seine Folgerungen als willkürlich, seine Ausführungen als unerheblich, seine Zeugen als ungeeignet und deren Zeugnisse als belanglos zurückgewiesen wurden, immer und immer kam er in seinen Beschwerdeschriften mit denselben Behauptungen, Verdächtigungen und Zeugen, die hier und dort vielleicht um einige ebenso werthlose vermehrt waren, wieder. Alle seine Schriftstücke haben daher ungefähr denselben Tenor; wenn man eins kennt, kennt man alle; auch die Bittgesuche an den Kaiser sind im Allgemeinen weiter nichts als eine Wiederholung und Zusammenfassung seiner früheren Behauptungen und Verdächtigungen.

Die grosse Hartnäckigkeit, mit welcher D. allen Widerlegungen zum Trotz bei seinen Behauptungen blieb, die in allen Stücken der Hartnäckigkeit gleicht, mit welcher Verrückte an ihren Wahnvorstellungen festhalten, und die gleichfalls nur Ausfluss einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit ist, gab, da die letztere als Ursache nicht erkannt wurde, den Gerichten nur Anlass zur Strafverschärfung (cf. M I. 116, 88, Bl. 144). Für die Richtigkeit seiner Behauptungen fand er Belege in Allem und Jedem, er bezog sich ebenso wie auf Zeugen, welche nichts zu sagen wussten, auch auf Aktenstücke und Dokumente, welche nicht das Geringste von dem enthielten, was sie nach seiner Behauptung beweisen sollten oder geradezu das Gegentheil zu beweisen geeignet waren, und beklagte sich auf das bitterste darüber, dass seine Zeugnisse nicht beachtet, seine Zeugen nicht gehört würden. Selbst Beschwerden, die er früher einmal eingereicht hatte, verschmähte er nicht als Zeugnisse für den Inhalt seiner

Beschwerden anzuführen (cf. M I. 116, 87, Bl. 124). Für D. war Alles erwiesen, klar und ersichtlich, wenn er es einmal behauptet hatte, seine Behauptungen waren ihm bereits Beweise. „Aus dieser Beschwerde (sc. Beschwerde über M. vom 24. Januar 1887) geht hervor, dass M. ein händelsüchtiger und ganz unwahrheitsliebender Mensch ist" (M I. 116, 87, Bl. 124). „Aus diesem Schriftstück (Unt.-Akt. gegen Lehrer H.) ist ersichtlich, dass Lehrer E. grobe Unwahrheiten gegen mich zu Protokoll gegeben hat." — In seinem Gesuch an den Kaiser schliesst er: „Aus dem Vorausgehenden dürfte klar hervorgehen, dass ich mehr als einem Verbrechen zum Opfer gefallen bin" (M I. 61/88, Bl. 234). In einem zweiten Gesuch fasst er seine Auseinandersetzungen in folgende Hauptpunkte zusammen:

1. „Ich bin den verschiedensten Verbrechen und Rechtsirrthümern zum Opfer gefallen. Beweis meine Strafakten" (sic!).

2. „Persönlich darf ich gegen den Schuldigen nicht klagbar werden, ich würde wieder wegen wissentlich falscher Anschuldigung bestraft werden. Ist man doch in Betreff der am 13. November 1888 für mich abgegebenen günstigen Aussagen der Zeugen B. und E. nicht vor einem weiteren Verbrechen zurückgeschreckt. Beweis meine Strafakten M I. 61, 88."

Also nicht einmal so weit reicht D.'s Urtheilskraft und Ueberlegung, sich zu sagen, dass, wenn seine Behauptungen von den an ihm begangenen Verbrechen auch richtig sein mögen, die Beweise dafür doch unmöglich in den Strafakten enthalten sein können. Der Inhalt der Hauptpunkte zeigt zugleich, in welcher Weise sich das System von Verfolgungsideen bei D. weiter entwickelt hat. Alle seine „glaubwürdigen Zeugen" (M I. 61, 88, Bl. 8), welche alle „achtbar", „bieder" (M I. 116, 88 fol. 88) und „unbescholten" sind (charakteristisch ist übrigens der Widerspruch, mit dem D. den Do. auf demselben Blatt — M I. 61, 88, Bl. 230 — einen „unbescholtenen Zeugen" nennt und bald darauf denselben Do. des Meineids beschuldigt) seien nicht gehört, seine Beweise nicht beachtet, seine Zeugnisse verworfen worden, obgleich er „nicht blosse Angaben" gemacht, sondern „Zeugen, Beweismittel und Thatsachen aus eigener Wissenschaft angeführt" (M I. 61, 88, Bl. 232) hat, den Aussagen seiner Belastungszeugen dagegen, obgleich er deren Glaubwürdigkeit durch Herbeibringung massenhafter „Thatsachen" erschüttert habe, sei Glauben geschenkt, seine Gesuche und Beschwerden seien von allen Instanzen zurückgewiesen worden, und während seine Feinde, welche die schwersten Verbrechen begangen straflos ausgehen, habe er selbst eine Verurtheilung nach der andern erfahren, ohne dass seine krampfhaften Bemühungen seine Unschuld zu erweisen, irgend einen Erfolg gehabt haben.

Mithin giebt es für D. nur die eine Möglichkeit, dass es bei seinen Verurtheilungen nicht mit rechten Dingen zugegangen sein könne. „Ihre Aussagen waren keineswegs für mich ungünstig (sic!). Ich habe meine Aussagen ebenfalls aufrecht erhalten — trotzdem wurde ich zu $1^1/_2$ Jahren Gefängniss und zwei Jahren Verlust der bürgerlichen Ehren verurtheilt." Wie bleibt da für D.

eine andere Erklärung, als dass er furchtbaren Verbrechen zum Opfer gefallen sei? Einmal hätten seine Gegner bei M.'s Schlechtigkeit kein Mittel gescheut, sie hätten die Zeugen zu falschen Aussagen verleitet und Meineide auf Meineide gehäuft, dann hätten sie es bei ihrem Einfluss verstanden, die Richter gegen ihn einzunehmen und befangen zu machen. Beweise findet er dafür wieder in Hülle und Fülle. „Erst, nachdem dieselben (sc. die Mädchen) von M. misshandelt worden, machten sie Ausflüchte" (M I. 116 87, Bl. 125). „Die Schülerinnen waren durch brutale Misshandlungen des Rektor M. eingeschüchtert" (M I. 61, 88, Bl. 230). „Um vier Uhr wurden die Kinder nach dem Magistratsbüreau von L. geführt mit der Androhung: Wenn sie nicht gleich ...... Alles widerrufen, so werden sie auf die Polizei gebracht und bekommen ausgehauen ...... und wenn sie so auch etwas (Schweinisches) sagen, kommen sie gleich ins Zuchthaus" (M I. 116/87, Bl. 126). „Am 13. November 1888 haben sich Tr., M., T., L., D. des Meineids schuldig gemacht, was ich auf Grund der Akten, anderer Beweismittel und Zeugen beweisen werde" (ebend., Bl. 230). „Alle stimmen darin überein, dass Meineide vorliegen" (ebend., Bl. 239). „Gott weiss, dass ich nicht rachsüchtig bin, aber soll ich mit Weib und Kind im Elend verkommen, weil meine Gegner in ruchloser Verkommenheit Meineid auf Meineid gehäuft haben." (M I. 61, 88, Bl. 233). „Der Rechtsanwalt sagte zu meiner Frau, dass durch die Verurtheilung mir das bitterste Unrecht zugefügt sei" (ebend., Bl. 238). „Herr Gutsbesitzer P. hat von seiner Schwester und Pfarrer L. erfahren, dass mir in meinem Prozess wie kaum einem Zweiten mitgespielt worden ist" (ebend., Bl. 238). „Man geht von der unerhörten Voraussetzung aus, dass ich mit der Marie im Einverständniss gehandelt habe und zwingt daraufhin dieses Mädchen durch Schläge zu unwahren Aussagen" (L IV. 81, 91, Bl. 140). „Aus dem Vorhergehenden dürfte klar hervorgehen, dass ich mehr als einem Verbrechen zum Opfer gefallen bin" (ebend., Bl. 284). „Offenbar bin ich einem schweren Rechtsirrthum zum Opfer gefallen (ebend., Bl. 230). „Die Zeugen E. und B. haben am 13. November 1888 ihre Aussagen von früher aufrecht erhalten; aber hier liegt ein anderes Verbrechen vor, dessen Einzelheiten ich von einer gerichtlichen Person prüfen lassen muss, bevor ich dasselbe zu bezeichnen wage" (M I. 61, 88, Bl. 230). „.... versuchte ich noch einmal, dem Rechtsanwalt klarzulegen, dass eine Wiederaufnahme des Verfahrens möglich sein müsse, da ich ganz unerhörten Rechtsirrthümern zum Opfer gefallen bin" (ebend., Bl. 238). „Ich bin den verschiedenartigsten Verbrechen und Rechtsirrthümern zum Opfer gefallen" (ebend., Bl. 240).

Das ist so eine Blüthenlese von Aussprüchen D.'s, welche fast alle sich in den für die Beurtheilung D.'s ausserordentlich charakteristischen Bittgesuchen an den Kaiser zusammenfinden. Worin die Rechtsirrthümer bestehen, darüber äusserte sich D. nicht genauer, er wies gelegentlich nur auf ein angeblich am 10. April 1890 eingereichtes (bei den Akten nicht

befindliches) Schreiben hin, in dem er die Befangenheit der Richter in K. nachgewiesen habe. Etwas deutlicher sprach er sich einige Jahre später in dem Prozess wegen Sittlichkeitsverbrechens aus: „Meine Verurtheilung ist so wie ein halbes Freisprechen gewesen", eine Phrase die man fast von allen geisteskranken Querulanten hören kann. „Die ganze Gerichtsverhandlung war eine Farce, ich war schon abgeurtheilt, ehe ich noch zur Vertheidigung kam, ich bin nicht verurtheilt, sondern vergewaltigt worden", sind Phrasen, welche die Querulanten im Munde zu führen pflegen, und welche auch D. wiederholt gebrauchte.

Was Wunder, wenn D. den Versuch machte, die nach seiner Ueberzeugung parteiischen und gegen ihn aufgehetzten Richter abzulehnen und vor einen andern Gerichtshof gestellt zu werden verlangte. „Hauptbedingung war, dass ich vor einen andern Gerichtshof gestellt wurde etc." (M I. 61, 88, Bl. 282). D. hat auch eine schriftliche Bescheinigung des Herrn S. (desselben, den er in demselben Schreiben des wissentlichen Meineides beschuldigt hat) seinem Rechtsanwalt L. eingeschickt, „aus der die Befangenheit der jetzigen Mitglieder der Kammer hervorgeht" (ebend.). Da aber der Rechtsanwalt die Begründung D.'s für ungenügend fand, D. dies jedoch nicht zugeben wollte und sich aufs entschiedenste der Zumuthung widersetzte, sich nochmals von der Kgl. Strafkammer zu K. aburtheilen zu lassen, so legte Rechtsanwalt L. ebenso wie vorher die Rechtsanwälte L. und S. die Vertretung D.'s nieder (ebend., Bl. 232), und Rechtsanwalt St.-Labiau lehnte gleichfalls, nach eingehender Prüfung der Sache, die Vertretung D.'s ab; selbst der Rechtsschutzverein in B., an den sich D. wiederholt gewandt hatte, erklärte schliesslich in seiner Sache nichts weiter thun zu können (ebend., Bl. 233). Was schloss nun D. daraus? Nicht, dass seine Sache eine verfehlte sei, wie alle Rechtsanwälte mehr oder weniger geäussert hatten, nein, er sah in dem ihm genannten Grunde für die Ablehnung seiner Vertretung, nachdem dieselbe bereits angenommen war, nur allerlei nichtige „Ausflüchte" (ebend., Bl. 239). Alle waren nach D. von seiner Unschuld und der Richtigkeit seiner Angaben ebenso überzeugt wie er, „alle stimmten darin überein, dass Meineid vorliege". Wenn sie trotzdem seine Vertretung ablehnten, so geschah es, wie D. durchblicken lässt, nur aus Furcht vor dem Einfluss seiner Gegner, keiner wollte sich seiner annehmen, nur weil man nicht wagte, gegen solche angesehene Personen wie Tr., B. etc. aufzutreten. Sollte doch Rechtsanwalt S. geäussert haben: „Er wolle meine Sache nicht weiter führen, weil er zu viele Personen unglücklich machen müsste" und L.: ..... „ich kann mich doch nicht entschliessen, gegen Herrn Stadtschulrath Dr. T., mit dem ich persönlich bekannt bin, die Denunciation wegen Meineid zu erheben" (ebend., Bl. 231). Was blieb da für D. ein anderer Ausweg als derjenige, den alle Querulanten ergreifen, wenn ihre Rechtsmittel erschöpft sind, sich an den Kaiser zu wenden, um bei dem höchsten Herrn über Recht und Unrecht Schutz und Beistand zu suchen. Nicht dass er um Gnade bittet, nein, er will nur Gerechtigkeit.

„Am Throne der Gnade und Gerechtigkeit werfe ich mich in tiefster Ehrfurcht in den Staub, Ew. Majestät flehentlich und ehrfurchtsvoll bittend, huldvollst mir zu meinem Rechte verhelfen zu wollen“ (ebend., Bl. 284).

Aber mit dem Bestreben, sein Recht zu erlangen, verknüpft sich gleichzeitig der Wunsch, seine Gegner, die ihm so viel Uebles zugefügt, bestraft zu sehen. „Humanitätsrücksichten dürfen da nicht gelten“ (ebend., Bl. 239). „Ich bin mit meiner Familie auch ins Unglück gestürzt und war unschuldig. Auch kann ich nicht einem Einzigen von den Schuldigen (!) zubilligen, dass er aus Fahrlässigkeit oder Unkenntniss gehandelt hat“ (ebend., Bl. 239). Beachtenswerth ist der Zusatz, den D. macht: „So mit vollem Bewusstsein Meineid auf Meineid zu häufen (sc. ohne dass eine Strafe darauf erfolgt), hat das Rechtsbewusstsein auch in weiteren Kreisen tief erschüttert, und dürfte eine solche Nachsicht in diesem Falle nicht am Platze sein“ (ebend., Bl. 240). Es zeigt diese Bemerkung, dass D. bereits den Fortschritt gemacht hat, zu dem die geisteskranken Querulanten stets nach einiger Zeit kommen, nämlich sich als die Märtyrer des Rechts, ihre Sache als die Sache der Allgemeinheit anzusehen, sie kämpfen nicht allein für sich, nein für das Recht überhaupt, das sie wegen ihrer Niederlagen auf das tiefste erschüttert glauben.

Damit wäre die Kette der Resultate, welche aus dem Studium der Akten, für den erfahrenen Irrenarzt sogar schon aus den beiden Bittgesuchen an den Kaiser vom Jahre 1891, gewonnen werden konnten, geschlossen. Dieselben sind mehr als hinreichend, um das Bild des verfolgungssüchtigen Querulanten zu ergeben, wie es den klassischen Darstellungen entspricht. Die Beobachtung in Allenberg konnte nur dieses Bild vollauf bestätigen und in einzelnen Zügen ergänzen.

Das Verhalten des kräftigen, blühenden, wohlgenährten Mannes blieb sich die ganze Zeit über gleich. Er zeigte keine Spur von Niedergeschlagenheit, wie dieselbe allein seiner traurigen Lage entsprochen hätte, sondern im Gegentheil stets dieselbe unerschütterliche, ja heitere Ruhe, stets das eigenthümliche selbstbewusste Lächeln des Kämpfers für eine gute Sache, des Märtyrers für's Recht. Er war von seiner Unschuld, von der Strafwürdigkeit seiner Gegner, von der Richtigkeit seiner Angaben und der Treffsicherheit seiner Argumente so fest überzeugt, dass er allen Zweifeln und Einsprüchen gegenüber nur ein mitleidiges Achselzucken und ein überlegenes Lächeln hatte. Er hielt die Vertheidigung seiner Sache für so vorzüglich, die Abfassung seiner Schriftstücke für so musterhaft, dass, wenn man ihn auf die grossen Schwächen in der Darstellung und im Inhalt derselben aufmerksam machte, er nur die entrüstete Entgegnung hatte: „Das hat mir bisher noch Niemand gesagt.“ Dabei trat allenthalben eine hochgradige Einsichtslosigkeit bei ihm zu Tage. Der Sachverständige gab sich Mühe, ihn an der Hand der Akten die Grund- und Sinnlosigkeiten, sowie die fortwährenden Widersprüche in seinen Be-

hauptungen vor die Augen zu führen resp. ihn um Aufklärung zu bitten, wie sich diese Widersprüche lösen. D. wollte natürlich die Widersprüche nicht gelten lassen und wurde so misstrauisch, dass er bald jede Auskunft verweigerte. „Wenn ich Auskunft gebe, suchen Sie mir Widersprüche nachzuweisen, darauf gehe ich weiter nicht ein.“ Und dabei blieb er, man mochte in ihn dringen, wie man wollte. Selbst die Drohung, dass, wenn er bei seinem Eigensinn verharrte, man dies nur als Zeichen von Geistesstörung auslegen könnte, deren Annahme er stets mit grösster Entschiedenheit und Entrüstung zurückwies, war nicht im Stande, seinen Sinn zu beugen. Noch einsichtsloser verhielt er sich, wenn er sich auf die angeblichen Aussprüche seiner Gewährsmänner berief und den oft sehr dunklen Sinn dieser Aussprüche erklären sollte. So sollte Herr Staatsanwalt B. in dem Prozess wegen Sittlichkeitsverbrechens zu ihm gesagt haben: „Ich glaubte Sie schon zertreten zu können, und jetzt muss ich der Dumme sein!“ Nach der Bedeutung dieser Worte gefragt, erwiderte D.: „Das sind seine Worte, dafür habe ich keine Erklärung, weiter sage ich nichts, weiter gehe ich nicht darauf ein!“ Doch liess D. gelegentlich durchblicken, dass Herr B. die Worte im Zorn darüber gesprochen hatte, dass er ihm nicht mehrere Jahre Zuchthaus habe besorgen können, wie derselbe den Antrag gestellt haben soll. Für die Befangenheit des Herrn Staatsanwalts stützte sich D. vor Allem auf die angeblichen Worte des Rechtsanwalts L.: dass sich Herr B. in der Sache „verrannt“ habe. Was dieses Wort „verrannt“ eigentlich zu bedeuten habe, das wusste er nicht zu sagen, das kümmerte ihn auch nicht. Der Rechtsanwalt habe sich einmal so ausgedrückt und müsse es auch auf sein Conto nehmen, derselbe werde auch schon wissen, was er damit sagen wollte. Jedenfalls schwört D. auf die Worte des Rechtsanwalts, aus denen ihm soviel hervorgeht, dass er nicht nach Recht und Gerechtigkeit verurtheilt worden sei, sondern nur deswegen, weil die Sache einmal „verfahren“ sei. In derselben Weise überliess er seinen sogenannten Zeugen die Verantwortung für die ihm hinterbrachten Gerüchte. Dass es thöricht und unsinnig sei, auf das Gerede irgend welcher Leute hin, welche von Dritten etwas gehört haben wollten, schwere Beschuldigungen zu erheben und jene Leute dann als beweiskräftige Zeugen anzuführen, war ihm absolut nicht klarzumachen. Wenn jene das behauptet hätten, so müssten sie das verantworten. Seine Zeugen hätten ihm gesagt: Es ist wahr, es verhält sich so (sc. mit dem Sittlichkeitsverbrechen des M.). Er habe nur die „Zeugen“ anzugeben. Die Glaubwürdigkeit und Richtigkeit ihrer Aussagen zu prüfen, sei nicht seine Aufgabe, sondern die Aufgabe der Staatsanwaltschaft, ebenso wie nicht er, sondern die Staatsanwaltschaft sich die Personen aufzusuchen und zu befragen habe, von welchen jene die belastenden Mittheilungen haben wollten. Was schliesst nun D. aber daraus, dass die Staatsanwaltschaft sich in der augenblicklich schwebenden Untersuchungssache wirklich bemüht hat, die Anna G. ausfindig zu machen, welche der Frau Th. von unsittlichen Handlungen, die M. mit ihr getrieben, erzählt haben sollte?

Nichts weniger, als dass die Staatsanwaltschaft damit selbst die Richtigkeit seiner Angaben bestätigt habe. „Dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen, beweist die Aufforderung der Kgl. Staatsanwaltschaft . . . . . , die Adresse der Anna G. anzugeben. Eine Vernehmung wäre doch nicht in Aussicht genommen, wenn von den Zeugen niemand eine diesbezügliche Aussage gemacht hätte" (Vorverfahren, Bl. 11). Denselben aller Vernunft spottenden Schluss wiederholte D. während seiner Beobachtungszeit. Er verlangte, dass der Staatsanwalt die Aussagen seiner Zeugen prüfte, und wenn dies geschah, sah er in der Thatsache der Prüfung schon den Beweis für die Richtigkeit seiner Angaben. Als D. auf den horrenden Widerspruch aufmerksam gemacht wurde, welcher zwischen seiner Darstellung von den Aussagen der Zeugen und den Aussagen bestand, welche die Zeugen wirklich bei ihrer Vernehmung gemacht hatten, war er sofort mit der Erklärung da, welche seinem Wahnsystem entsprach. Er hatte ja selbst die Aussagen der Zeugen mitangehört, seine Darstellung war über allen Zweifel erhaben, die Zeugen hatten so bekundet, wie er behauptete; wenn daher in den Protokollen ganz etwas Anderes stand, so mussten die Protokolle eben — gefälscht sein. „Das, was mir günstig war, wurde im Protokoll ausgelassen, und Ungünstiges hinzugesetzt." Charakteristisch ist, dass D. in dem zufälligen Umstand, dass in den Akten M I. 61, 88, welche der Sachverständige, wie erwähnt, mit D. durchging, ein Bogen (Bl. 151 und 152) aus dem Einband gelöst ist, eine neue Bestätigung dafür sah, dass in den Akten Fälschungen vorgekommen seien. Auf diesem Bogen ist gerade die Aussage des Herrn Schulraths T. im Termin vom 13. November 1888 verzeichnet, nach welcher der neue Lehrplan nicht am 1. April, sondern erst nach Ostern 1886 eingeführt wurde. Als D. das ausgelöste Blatt sah, fragte er sofort, von Argwohn erfasst: Wie lautet die Aussage des T.? Als ihm dieselbe verlesen wurde, meinte er: „Da haben wir's. L. sagte mir ausdrücklich, T. habe ausgesagt, der neue Lehrplan sei am 1. Oktober 1886 eingeführt; das bestätigen noch die Rechtsanwälte St. und S.; aber nun steht dies auf einmal in den Akten nicht darin. Es ist wunderbar, dass gerade dieses Protokoll losgerissen ist." D. meint nämlich, dass T. in Wirklichkeit einen Meineid geschworen, und dass hinterher, um denselben zu verdecken, das betreffende Blatt aus den Akten losgelöst und durch ein anderes ersetzt wurde. So findet er überall neue Bestätigungen für seine Verfolgungsideen, überall sieht er neue Schandthaten und Schurkenstreiche seiner Gegner. Auf die Bemerkung, es sei doch absolut undenkbar, dass nicht nur eine Anzahl von Lehrern, sondern hochangesehene Beamte leichthin Meineide schwören, Staatsanwälte und Richter dieselben noch unterstützen sollten, erwiderte D.: „Ich hatte dies bis dahin auch nicht für möglich gehalten, aber Sie sehen doch, dass dies der Fall ist." „Jetzt stellen sie sich hin, schwören so zu sagen Himmel und Erde zusammen und verziehen dabei nicht einmal eine Miene." Von einem Zweifel ist da bei D. keine Rede. „Ich vermuthe es nicht, ich

weiss es ganz bestimmt.“ Haben ihm doch alle Rechtsanwälte bestätigt, dass ihm ein himmelschreiendes Unrecht zugefügt worden sei. „Sie sind doch zu derselben Ueberzeugung gekommen, Herr Doktor.“ Das ist es, was ihm die Sicherheit, die Zuversicht, die unerschütterliche Ueberzeugung und das stolze Siegesbewusstsein giebt, welches aus seiner ganzen Haltung und allem seinem Thun und Reden hervorleuchtet. Endlich muss ja doch seine Unschuld und die Niedertracht seiner Gegner an den Tag kommen. „Ich werde warten, bis die Kinder eidesfähig sind und dann die Wiederaufnahme des Verfahrens beantragen. Falsch schwören werden sie nicht.“ Und triumphirend fügt er hinzu: „Es giebt noch eine gewisse Vergeltung. Ich habe gehört, dass der H. (Zeuge bei der Affaire in P., Strafthat 3) sich hinterher erhängt oder erschossen hat.“

Zwischen dieser Affaire und seinen früheren Processen mit M., welche nicht die geringste Beziehung mit einander haben, hat D. übrigens schnell eine Brücke geschlagen. Seine Wahnvorstellungen verschmelzen so zu einem abgerundeten lückenlosen und festgefügten Wahnsystem. Dasselbe stellt sich nach den Aeusserungen, welche D. während seiner Beobachtungszeit gemacht hat, ungefähr folgendermassen dar:

Die Hauptschuld an seinem Unglück trage Herr Oberbürgermeister S. Von ihm gehen die Verfolgungen aus, denen er seit 10 Jahren ununterbrochen ausgesetzt gewesen sei. Als Herr Oberbürgermeister S. starb, soll D. (wie seine Frau dem Sachverständigen erzählte) erleichtert aufgeathmet und gesagt haben: „Gott sei Dank, nun ist mein Hauptfeind todt.“ Die Feindschaft rührte von dem (oben mitgetheilten) Vorfall mit Herrn K. her. Es seien, bevor er noch irgend eine Ahnung hatte, womit er sich die Feindschaft des Herrn Oberbürgermeisters zugezogen haben könnte, allerlei ihm damals unverständliche Andeutungen gemacht worden. Der Eine sagte: „Sie Geliebter des Oberbürgermeisters,“ der Andere: „Sie Günstling,“ und was der „spitzen Redensarten“ mehr waren. S. habe ihm, wie ihm gleich damals prophezeit worden sei, nie die öffentliche Niederlage vergessen, welche derselbe erlitten habe. S. habe es auf alle Weise zu hintertreiben gesucht, dass er zum Dirigenten der H . . . . er Nebenschule gewählt würde. Seine Wahl sei gegen den ausdrücklichen Willen S.'s erfolgt und habe dessen Hass nur vermehrt. S. habe ihm, wo er nur konnte, Schwierigkeiten und Ungelegenheiten zu bereiten gesucht. Seine (D.'s) berechtigten Beschwerden bezüglich einiger Missstände in der Schule seien zurückgewiesen worden. „S. wusste Alles, was ich vorbrachte, so darzustellen, als ob Alles gelogen sei. Er wollte mich jedenfalls als Dirigent wegkriegen.“ Schliesslich habe S. ihn wegen Fahrlässigkeit in der Bedienung des Feuermeldeapparates (welcher sich in der Dienstwohnung D.'s befand und bei einer Ferienreise durch Abschliessung seiner Wohnung unzugänglich gemacht worden war) denuncirt. „Da wagte er sich schon öffentlich vor, da glaubte er mich schon fest zu haben.“ — „Was da Alles hinter meinem Rücken geschehen ist, weiss ich nicht, aber ich weiss nur so viel, dass er

(sc. S.) schon damals die schlimmsten Dinge vorhatte.“ Schulrath P. habe ihm selbst gesagt: „Es ist Schlimmes mit Ihnen geplant, aber ich werde Sie decken.“ So lange Schulrath P. im Amt geblieben sei, sei es auch gegangen, nach dessen Abberufung aber habe S., da P.'s Nachfolger T. ihm zu Diensten gewesen sei, freie Hand gehabt. Natürlich sei Oberbürgermeister S. nicht direct gegen ihn vorgegangen, sondern er habe sich hinter Rector M. gesteckt und diesen vorgeschickt, während er selbst hinter der Scene das Spiel geleitet habe. „Wenn M. nicht gewusst hätte, dass er einen starken Hinterhalt hätte, so hätte er doch nicht mit den ausgesuchtesten Verleumdungen gegen mich vorgehen und solche Anklagen (wegen Urkundenfälschung und lüderlicher Buchführung) garnicht erheben können.“ M. sei ein unverträglicher Mensch, der mit jedem Einzelnen Händel angefangen habe. 13 oder 14 Lehrer hätten sich über M. beschwert und denselben als groben Lügner hingestellt. Alle diese Beschwerden und Actenstücke seien jetzt verschwunden. Auf die Zwischenfrage, wie denn das möglich sei, antwortete D. achselzuckend: „Ja, es ist doch sogar ein Protocoll verschwunden, welches darüber Auskunft geben soll, dass der Schulrath mit Lehrer T. eine Vernehmung vorgenommen hat, ob er das Rechenheft eingeführt hat oder nicht.“ In der Weise allerdings, wie M. gegen ihn vorgegangen sei, habe er es mit den Andern nicht gemacht; „er musste eben ganz entschieden einen starken Rückhalt fühlen, sonst hätte er sich nicht in dieser Weise vorgewagt.“ Der Herr Stadtschulrath T. habe Herrn M. gedeckt. Die Verfügung über die Einführung des neuen Lehrplans datire nicht vom 2. April 1886, wie T. aussagte, sondern müsse viel später verfasst sein. „Es ist ein Schwindel vom Stadtschulrath T. Um mir einen Streich zu spielen, datirte er die Verfügung zurück, wodurch er M. vollständig gedeckt hat. T. hat ja alle möglichen und unmöglichen Aussagen gemacht und ist selbst vor dem Meineide nicht zurückgeschreckt.“ Dass M. nach D.'s Ansicht nicht nur selbst Meineide geschworen, sondern auch seine Lehrer zum Meineide angestiftet und die Schülerinnen durch Drohungen und Schläge zu falschen Aussagen verleitet hat, ist bereits oben genügend besprochen worden. Dazu sei noch der Einfluss T.'s gekommen, um die Lehrer in ihren Aussagen zu beeinflussen. „Wie sind die Zeugen denn dazu gekommen, das Gegentheil von dem auszusagen, was sie das erste Mal bekundeten? Es muss doch Alles seinen Grund haben. Sie sind durch seine (T.'s) Organe bewogen worden. Persönlich wird T. nicht eingegriffen haben, aber es wird ihnen gesagt worden sein, der T. sei dafür. Die Seele aber war der Oberbürgermeister.“

Dabei seien aber Oberbürgermeister S. und Stadtschulrath T. nicht stehen geblieben, sie hätten es auch verstanden, die Richter gegen ihn einzunehmen. Sie hätten ihn (D.) dem Staatsanwalt B. so lange als wahres Monstrum hingestellt, bis derselbe davon überzeugt gewesen sei. Dabei müssen sie sich das Ansehen so gegeben haben, als ob sie im Auftrage der städtischen Behörde zu ihm sprächen. Denn Herr Rechtsanwalt L.

habe ihm wörtlich mitgetheilt: „Wenn Sie wüssten, was Herrn B. alles vorgelogen — denken Sie sich, vorgelogen worden ist und noch von Männern, die eine Behörde bedeuten.“ Das sei doch ein furchtbarer Schurkenstreich, der von vornherein gegen ihn ausgeübt worden sei. So viel er gehört habe, sollen auch die andern Richter von S. und T. bearbeitet worden sein, zum Theil könne es auch durch den Präsidenten Sch. geschehen sein. Uebrigens sollen die Richter Logenbrüder des Herrn Oberbürgermeister S. sein. Ob es alle oder nur Präsident Sch. und L. sind, müsse sich aus der Mitgliederliste der Loge ergeben. Wenigstens seien nur Sch. und L. öffentlich gegen ihn aufgetreten, während die andern sich nicht so hervorgethan hätten.

Für die Parteilichkeit des Staatsanwalts und der Richter hatte D. wieder eine Menge von Beweisen. Staatsanwalt B. sei auf seinen Antrag, gegen Stadtschulrath T. wegen Meineids einzuschreiten, nicht eingegangen, sondern habe im Gegentheil auf Grund dieses Antrages Anklage gegen ihn erhoben, er habe durch die verschiedensten Zeugen ihm sagen lassen, er solle nicht glauben, dass die Sache gelinde ablaufen würde, er werde ihm (D.) schon etwas andrechseln, seine Anträge gegen Rector M. und Stadtschulrath T. seien niedergeschlagen, seine Beweise seien ganz unbeachtet gelassen, ca. 20 Zeugen, die er gegen M. genannt habe, seien als ungeeignet zurückgewiesen worden, gegen ihn (D.) würde schon ein Einziger genügt haben, In der P... er Sache habe Staatsanwalt B. und der Amtsrichter in L. die Kinder durch Schläge zu ihrer Aussage bewogen, jedenfalls habe derselbe Amtsbefugnisse weit überschritten. Nach seiner Verurtheilung sei Staatsanwalt B. ganz empört darüber gewesen, dass er ihm nicht habe Zuchthaus besorgen können und habe wiederholt in ihn gedrungen, das Verbrechen einzugestehen und die Sache gegen M. zurückzunehmen. Ebenso habe im Gefängniss zu Pr. H. der Amtsrichter St. auf die Anweisung des Staatsanwalts ihn dazu zwingen wollen, anzuerkennen, dass zwischen den verschiedenen Aussagen der Lehrer kein Widerspruch bestehe. Staatsanwalt B. sei übrigens durch den Machtspruch des Kaisers gezwungen worden, noch einmal auf die Sache (wegen des Rechenheftes) einzugehen. „Ich zwang ihn einzugehen, als dann die Sache in's Rollen kam, liess er mich (sc. wegen Sittlichkeitsverbrechens) verhaften und verurtheilen, und dann erst wurde auf die Sache eingegangen. Ich musste Alles von der Zelle aus leiten; von Acten, Zeugen etc. wurde ich ausgeschlossen, ich musste Alles im Kopfe bearbeiten.“ Auf die Zwischenfrage, ob das alles absichtlich geschehen sei, antwortete D. achselzuckend: „Das weiss ich nicht, Herr Doctor, ich lasse die Thatsachen sprechen.“ D. dachte sich die Sache so: Sie haben mich dem B. in den schwärzesten Farben geschildert, und er hat mich in der That als solchen Verbrecher angesehen, und als die Sache verfahren war — da suchte er aus Eigensinn und um sich keine Blösse zu geben, daran festzuhalten. „B. stellte mich als grössten Verbrecher hin, und nachher stellte sich heraus, dass das Ganze bloss ein

künstliches Gewebe, ein Lügengewebe war. Nachher hatte B. das grösste Interesse, mich zu verurtheilen. Wenn ich freigesprochen wäre, so hätte ich ihm doch etwas besorgt, ich hätte vor allen Dingen ihn beim Gerichtshof angeklagt, dass er in solch einer parteiischen Weise gegen mich vorgegangen. Ich suchte mich freizumachen, er suchte mich tiefer hineinzubringen. Er wollte jedenfalls zeigen, dass ich nicht nur in der Sache M., von der ich mich frei machen wollte, ein Verbrecher sei, sondern noch ein viel grösserer Verbrecher." Präsident Sch. habe wiederum B. dadurch gedeckt, dass er seine (D.'s) Verurtheilung durchsetzte. Bei den Verhandlungen habe derselbe ihn stets, wenn er irgendwie das Wort ergriffen habe, mit den schroffsten Ausdrücken zurückgewiesen. Von dem Richter L. soll bei der Verhandlung im ersten Process, als derselbe zu seinen Gunsten sich zu wenden schien und ein Richter sagte: „Jetzt können wir ihn nicht verurtheilen" der Ausdruck gefallen sein: „Dann steigt der Richter zum Henker herab" (d. h. nach D.: D. muss ohne jede Gnade auch gegen das Gesetz verurtheilt werden). Für die Befangenheit der anderen Richter will D. erst nach Beweisen suchen, doch scheint er daran nicht zu zweifeln. „Die Richter waren gegen mich voreingenommen gewesen, weil alle vorher glaubten, ich würde keine Zeugen für meine Angaben bekommen. Die Verurtheilung war schon vorher (sc. vor der Verhandlung) beschlossen. Mir wurde schon vorher gesagt, ich würde 1 Jahr 3 Monate bekommen. Diese Weissagung ging noch mehr wie in Erfüllung, ich bekam sogar $1\frac{1}{2}$ Jahr (sic!). Dass noch über das beschlossene Mass hinausgegangen wurde, konnte Niemand ahnen; es konnte Niemand wissen, dass ich den Stadtschulrath so kräftig abführen würde. Es war die ganze Verhandlung nur eine Farce, es war schon vorher alles abgemacht." Danach haben ihn die Richter „gegen ihre Ueberzeugung" verurtheilt, trotzdem sie selbst ihm bestätigten, dass zwischen den Aussagen der Lehrer ein Widerspruch bestehe. Die Richter seien sogar von seiner Unschuld felsenfest überzeugt gewesen. Wie voreingenommen der ganze Gerichtshof in seiner zweiten Sache gewesen sei, gehe am besten daraus hervor, dass ihm nach seiner Verurtheilung das Erkenntniss nicht zugeschickt worden sei. Er sei dadurch verhindert gewesen, den Revisionsantrag genügend zu stützen, Einsicht in die Zeugenaussagen zu nehmen und dieselben zu beleuchten. „So etwas ist bisher noch nicht vorgekommen."

Das Verhalten des Staatsanwalts B. ist nach D. mindestens Pflichtvergessenheit, von den andern Richtern gelte, dass einer dem andern nicht das Handwerk verderben wollte. Weil eine Behörde die andere decke, weil eine Krähe der andern die Augen nicht ausbacke, erkläre es sich, dass er mit seinen Beschwerden an die Oberstaatsanwaltschaft und das Reichsgericht nicht durchgedrungen sei. Dass an ihm ein furchtbares himmelschreiendes Unrecht verübt worden sei, sei ihm von allen Rechtsanwälten, wenigstens unter 4 Augen, bestätigt worden, ebenso dass die Sache in den Grund und Boden verfahren sei; trotzdem hätten die Rechts-

anwälte einer nach dem andern seine Vertretung abgelehnt unter den Ausflüchten, dass seine Sache aussichtslos sei. Keiner wollte sich seiner annehmen, weil keiner „in das Wespennest stechen“, keiner sich mit den Richtern verfeinden wollte. Dem Rechtsanwalt L. macht D. geradezu den Vorwurf, dass derselbe ihn „verkauft“ habe.

Seine Feinde hätten nun durchgesetzt, was sie wollten, er sei zu langen Gefängnissstrafen verurtheilt, um Amt und Brot gekommen, mit seiner Familie dem Untergange nahe gebracht worden. Aber damit seien sie nicht zufrieden gewesen. Sie hätten ihn verfolgt, wie ein gehetztes Wild. Als es ihm endlich gelungen sei, in P. die Privatlehrerstelle zu bekommen, sei so lange gewühlt worden, bis die Beschuldigung wegen Sittlichkeitsverbrechens gegen ihn aufgebracht worden sei. Die P . . . er Bauern seien von M. geradezu beauftragt worden, zu beobachten, ob er sich nicht etwas zu Schulden kommen lasse. Die ganze Sache sei nur eine Rankün̈e gewesen, die von Rector M. ausgegangen sei. Der Besitzer H. habe ihn in P. gleich mit den Worten empfangen: „Sie wollen Ihren Herren Vorgesetzten dort fortgesetzte Verlegenheiten bereiten wegen des Eides, das darf nicht sein; wer einmal Kessel geschmeckt hat (d. h. im Gefängniss gewesen ist), ist wieder leicht dorthin zu bringen“, und als er den H. gefragt habe, woher er dazu komme und das wisse, habe ihm derselbe keine Antwort gegeben. Als er dann von P. nach K. zurückgekehrt sei, haben M. und andere Lehrer schon gewusst, weshalb er die Stelle habe verlassen müssen. Er habe noch andere Beweise dafür, dass M. die P . . . er Geschichte angezettelt habe, aber die führe er hier schon gar nicht an.

Dass er in der Anzweiflung seiner geistigen Gesundheit und seiner Beobachtung in A. auch nur die Machinationen des Rector M. und seiner übrigen Feinde sieht, versteht sich bei dem Verfolgungswahn des D. eigentlich von selbst. Man wolle ihn mundtodt machen, auf ewig im Irrenhaus begraben. Der Rath, den ihm bereits 1888 sein Vertheidiger S. gegeben habe, sich auf seinen Geisteszustand beobachten zu lassen, sei auf Grund von Einflüsterungen M.'s und von Zwischenträgern erfolgt, wie er aus einer Unterredung mit S. entnommen habe. Von da an spiele die Sache. Dann sei wieder im Jahre 1890 die Sache aufgenommen worden. Hinter den Angaben des Rector J., dass er D. für verrückt halte, könnten doch M. und seine Anhänger stecken. Rector M. habe ohne Zweifel seine (D.'s) Frau zu beeinflussen gewusst, dass sie selbst ihren Mann für geisteskrank erklären lasse und Beweise für seine geistige Störung herbeischaffe, M. habe ihr jedenfalls die Ueberzeugung beigebracht, dass dies in ihrem eigenen Interesse liege, da sie dann die Vormundschaft ihres Mannes und damit alles, auch die Pension, die er erhalten werde, in die Hände bekommen werde. So sei seine Frau, mit der er übrigens stets, besonders aber in den letzten Jahren schlecht gelebt habe, in das Lager seiner Gegner übergegangen.

D. scheint auch von Beeinträchtigungsideen seiner Frau gegenüber nicht frei zu sein. Er behauptet, dass seine Frau ihn nur geheirathet, „um ihn im Interesse ihrer Eltern auszusaugen.“ Schliesslich sei er (kurz vor der ersten Verurtheilung) genöthigt gewesen, ihr die Kasse abzunehmen. „Sie sei weder dem Kinde eine gute Mutter noch ihm eine Gattin gewesen.“ Seine Frau theilte im Gegensatz hierzu mit, dass ihr Mann stets sehr verschlossen und mürrisch gewesen sei und in den letzten Jahren angefangen habe, ihr ganz grundlose Vorwürfe, besonders auch wegen angeblicher ehelicher Untreue, zu machen. D. gab dies im Allgemeinen zu, wenn er auch directe Vorwürfe abstritt. Er äusserte sich darüber in einem Schriftstück folgendermassen: „In diese Zeit (Winter 1886/87) fallen auch die Einflüsterungen, wodurch meine Frau mir gegenüber in der schamlosesten Weise verdächtigt wurde. Es waren keine directen Benennungen, sondern durch doppelsinnige Fragen, zweideutige Redensarten, vielsagendes Achselzucken und Mienenspiel wurden die Verdächtigungen mir beigebracht. Ich war von der Grundlosigkeit dieser Anschuldigungen von vorneherein überzeugt, und meine Frau kann wohl nicht sagen, dass ich ihr jemals deshalb Vorwürfe gemacht. Nur im vorigen Jahre, als ich von Pr. H. zurückkam und mir meine Frau immer wieder wegen des P . . . er Falles Vorwürfe machte, da sagte ich ihr alles; aber nur deshalb sagte ich es ihr, damit sie erkennen sollte, mit welchen Mitteln meine Gegner kämpfen. Es war mir vielmehr von vorneherein klar, dass man mich zu einem Radau verleiten wollte. Dies zeigt so recht deutlich die eine Begegnung mit Pfarrer T., welcher mich im Februar 1887 in der Französischen Strasse dermassen anrempelte, dass ich über den Rinnstein taumelte.“ Ueberall also sah D. bereits damals (vor 7 Jahren!) Beeinträchtigungen und Verfolgungen, er stand sogar nicht an, zu glauben, dass seine Feinde einen Pfarrer gewonnen hätten, ihn zu einem „Radau“ zu reizen in der Absicht, D. als einen gewohnheitsmässigen Krakehler hinzustellen. Wenn er auch die Einflüsterungen und Verdächtigungen seiner Frau anfänglich in demselben Sinne auslegte, nämlich als Aufreizungen, gegen seine Frau vorzugehen, auf Scheidung zu klagen etc., so scheinen doch später die fortgesetzten „zweideutigen Redensarten“ in der That den Glauben an die eheliche Treue seiner Frau erschüttert zu haben. In Pr. H., gab er an, hätten ihm Hunderte eingeflüstert, dass seine Frau Herrenbesuch empfange. Ein gewisser Pr. habe ihm etwas indirect, durch die Blume, zu verstehen gegeben. Ein gewisser P. wollte auch etwas von den unrichtigen Dingen gehört haben, die zu Haus zugegangen seien. Derselbe habe ihn nach dem Alter seiner Tochter gefragt, und als er dasselbe auf 7 Jahre angegeben, geäussert, das sei gar nicht möglich, sie müsse mindestens schon 17 Jahre alt sein, er habe gehört, dass D.'s Frau und Tochter schlecht seien. „Da muss doch an dem Gerede etwas wahr sein.“

Auch nach seiner Rückkehr aus dem Gefängniss seien wieder solche

Einflüsterungen und Bemerkungen vorgekommen. Z. B.: „Was sollte si machen, sie ist doch eine junge Frau.“ Und als er sie nach der P . . . e Affaire zur Rede stellte, habe sie ihm selbst gesagt: „Wer es ihr wol übel nehmen könnte!“

Wenn noch irgend ein Zweifel an D.'s Geistesgestörtheit bestehe sollte, so müsste derselbe durch diese Mittheilungen des D. zerstreut werden Sie geben den unzweideutigsten Beweis, dass D. seit Jahren an Be ziehungs- und Beeinträchtigungsideen leidet, wie sie der originären Ver rücktheit eigenthümlich sind, dass eine wahnhafte Auffassung von harm losen Reden und Vorgängen in seiner Umgebung, die er auf sich bezieht zu Wahnideen führt, welche sich fortwährend in seine Vorstellungen einmischen und sein Denken und Handeln so beeinflussen, dass er unfähig wird, sich in der Welt der Thatsachen zurecht zu finden. D. ist eben unfraglich seit vielen Jahren, mindestens aber seit Ende 1886, geisteskrank

Nach alledem giebt der unterzeichnete Sachverständige sein Gutachten dahin ab, dass p. D. seit vielen Jahren an originärer Verrücktheit leide und zwar an der speciellen Form, welche als Querulantenwahnsinn bezeichnet wird, und dass er sich mithin schon zur Zeit der incriminirten Handlung in einem Zustand krankhafter Störung seiner Geistesthätigkeit befunden hat, welche seine freie Willensbestimmung ausschliessen musste. —

Auf dieses Gutachten hin, welches in der öffentlichen Verhandlung vom 13. November 1894 von Direktor Dr. *Sommer* und mir aufrecht erhalten wurde, wurde D. wegen Geistesstörung freigesprochen. Nachdem daraufhin das Entmündigungsverfahren gegen D. eingeleitet und die Entmündigung ausgesprochen worden war, erhob D. auf Veranlassung seines Rechtsanwalts Einspruch gegen seine früheren Bestrafungen und setzte das Wiederaufnahmeverfahren in allen den vorangegangenen Strafsachen durch. In dem Termin am 25. Mai 1895, zu welchem Dr. St. und ich als Sachverständige zugezogen waren, wurde D. auf das übereinstimmende ärztliche Gutachten, dass D. zur Zeit seiner Strafthaten bereits geisteskrank und seiner freien Willensbestimmung beraubt gewesen sei, in allen 3 Strafsachen freigesprochen.

Der Fall ist ein Seitenstück zu dem in *Hitzig's* Monographie: Ueber Querulantenwahnsinn (Leipzig 1895) mitgetheilten Fall, den Aktuar L. betreffend. Aber noch deutlicher wie in letzterem zeigt sich bei dem von mir hier ausführlich berichteten die Zugehörigkeit des Querulantenwahnsinns zum Krankenbilde der Paranoia. Wir können die langsame Entwickelung der Krankheit bei dem erblich belasteten, von Jugend auf abnormen, eigensinnigen und

halsstarrigen Menschen auf das deutlichste verfolgen. Wir sehen, wie bei den ersten Conflikten sofort Beeinträchtigungsideen sich erheben und bei dem rechthaberischen Querkopf zu Beschwerden führen, wie bei den späteren Conflikten die Beeinträchtigungsideen in verstärktem Masse auftreten und sich bald zu einem System von Verfolgungsideen verdichten, welche eine endlose Kette von Denunciationen, Anklagen und Beschwerden hervorrufen, und wie schliesslich zu den specifischen Querulantenwahnsinn kennzeichnende Erscheinungen und Beinträchtigungsideen krankhafte Vorstellungen anderer Art (Illusionen resp. Hallucinationen) treten, welche den Wahn ehelicher Untreue hervorrufen resp. constituiren. Der Querulantenwahn bildet eben nur einen Theil (wenn auch den hauptsächlichsten und hervorstechendsten) eines Systems von Verfolgungsideen, welches mit der Zeit nach allen Richtungen hin weiter ausgebaut wird.

Zur Casuistik der Aphasie mit Agraphie und Alexie.

Von

Dr. **Risch.**

Die Untersuchung der verschiedenen Formen von Sprachstörungen und vor Allem die Betheiligung der verschiedenen Rindenbezirke an denselben ist noch nicht völlig abgeschlossen und die Anzahl genauer Krankenbeobachtungen ist eine geringe. Es dürfte vielleicht auch folgender Fall von Aphasie als ein weiterer Beitrag zum casuistischen Material derselben von Interesse sein; denn nur auf der Basis einer reichen Casuistik wird eine erschöpfende Erklärung der vielfachen Combinationen und Complicationen bei Sprachstörungen ermöglicht.

Die Untersuchung des Kranken wurde, soweit es angängig war, nach der bekannten *Rieger*'schen Methode ausgeführt[1]).

Anamnese: Der jetzt 61jährige Maurer X. aus B. wurde am 17. August 1899 der Anstaltsbehandlung zugeführt. Eltern sind lange todt; über die Todesursache ist nichts bekannt. Hereditäre Momente bezüglich Gehirn- oder Lungenleiden sind nicht nachzuweisen. Patient hat die Volksschule besucht.

Eine nennenswerthe Erkrankung soll er nicht durchgemacht haben. Er ist verheirathet, hat drei Töchter, welche leben und gesund sind. Zwei Söhne sind an Tuberculose gestorben. Der eine derselben war Idiot. Am

---

[1]) *Rieger*, Beschreibung der Intelligenzstörungen in Folge einer Hirnverletzung in den Verhandlungen der Physik. med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. XXII. und XXIII. Band.

9. Juli 1899 hat sich Patient eine heftige Erkältung zugezogen, soll sich in starkem Schweiss im Regen auf die Erde gelegt haben. Bis dahin geistig normal und auch körperlich völlig gesund, hatte er ganz plötzlich, als er nach Hause kam, die Sprache verloren. Er wurde dann völlig apathisch, blieb im Bett liegen, war bei Tage und bei Nacht unrein. Wegen mangelnder Pflege zu Hause wurde er in eine Anstalt übergeführt.

Status präsens: Patient ist ein starkknochig gebauter Mann von mittlerer Grösse, schwach entwickelter Muskulatur und reichlichem Fettpolster.

Das aufgedunsene Gesicht zeigt einen theilnamlosen, apathischen Ausdruck. Auch die Augen blicken gleichgültig, bei leichtem Anfahren ängstlich und verschüchtert. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt keine Besonderheiten. Die Lungengrenzen sind normal; das Athmungsgeräusch ist vesiculär.

Nebengeräusche nicht vorhanden. Spitzenstoss an normaler Stelle fühlbar; Herztöne sind rein. Digestionsapparat zeigt normale Verhältnisse. Linksseitig starker Leistenbruch.

Irgendwelche Verdauungsstörungen bestehen nicht.

Nervensystem: Die Untersuchung der Augenmuskeln ergiebt keine Besonderheiten. Die Bulbi sind nach allen Richtungen frei beweglich. Die Lidspalten sind gleich, und können die Lieder prompt geöffnet und geschlossen werden. Der Lidschluss erfolgt aber nur, wenn er dem Patienten vorgemacht wird. Auf die einfache Aufforderung hin ist Patient dazu nicht im Stande, obgleich er sich die allergrösste Mühe giebt, die Stirne runzelt, das ganze Gesicht verzerrt etc. Die Pupillen sind gleich weit, die Reaction auf Lichteinfall erfolgt träge. Bei Berührung der Cornea sofortiger reflectorischer Lidschluss. Pupillarreaction bei Convergenzversuchen nicht nachweislich. Die Nasenlippen und Nasenwangenfalten sind beiderseitig gleich; ebenso besteht keine Differenz in der Stellung der Mundwinkel. Der Mund kann gespitzt, die Nase gerümpft, die Stirne gerunzelt werden. Die Zunge wird schnell und sicher hervorgestreckt, jedoch nur, wenn man es ihm vormacht. Die Gaumenbögen stehen gleich hoch.

Die Motilitätsprüfung der oberen Extremitäten ergiebt eine merkliche Herabsetzung der rohen Kraft. Jedoch sind die Muskeln in ihrer Gesammtheit geschwächt und zwar beiderseitig gleich. Paresen einzelner Muskelgruppen sind nicht vorhanden; ataktische Störungen fehlen ebenfalls, wie auch die späteren Schriftproben ergeben. Ebenso entspricht auch die motorische Kraft der unteren Extremitäten nicht völlig der Norm. Beim Vergleichen der beiden Seiten zeigt sich aber, dass der Flexionswinkel beiderseitig gleich ist, obwohl die Flexion im Hüftgelenk nur mit grosser Mühe vor sich geht. Jedenfalls ist der Iliopsoas noch der am meisten geschwächte Muskel. Der Quadriceps und die Flexoren, besonders der Biceps und die mm. Semitendinosus und Semimembranosus, ebenso auch die Fussbeuger und -Strecker functioniren mit noch mit mässiger Kraft. Coordinationsstörungen der Beine sind nicht nachweislich. Die Sensibilität der Haut

ist ziemlich stumpf. Doch lassen sich keine Hautpartieen als besonders pathologisch abgrenzen; auch ein Unterschied der beiden Körperhälften lässt sich nicht nachweisen. Patellarreflexe sind beiderseitig gleich, leicht auszulösen. Ebenso verhalten sich die übrigen Sehnen und Hautreflexe der Norm entsprechend.

Der Gang ist schwerfällig und unbeholfen wie alle Bewegungen des Explorandem. Bezüglich des Krankheitsverlaufes ist noch hinzuzufügen, dass sich Patient in der Anstalt ruhig verhielt und bis zum 20. April 1900 auf der Arbeitscolonie, dem sogen. Wachholderhof fleissig gearbeitet hat. Am 20. April entwich er aus der Anstalt, wurde jedoch bereits am 27. April aufgegriffen und wieder eingeliefert. Er hat seither in seinem psychischen Verhalten keinerlei Veränderung gezeigt, sitzt ruhig und anscheinend in recht zufriedener Stimmung im Aufenthaltssaale der Kranken und hält sich vollkommen rein. Um dem Riegerschen Schema zu folgen, beginnen wir mit der Prüfung der Perception, soweit sie bei dem stumpfen Verhalten des Kranken angängig war.

1. Optische Eindrücke. Die Sehschärfe ist nicht wesentlich herabgesetzt. Es besteht keine Einschränkung des Gesichtsfeldes.

2. Akustische Eindrücke werden schnell und richtig percipirt. Eine exacte Bestimmung der Perceptionszeit war nicht möglich.

3. Perception der Berührungsreize ist bedeutend verlangsamt. Jedoch liessen sich keine Zonen mit besonders hervortretender Störung der tactilen Eindrücke nachweisen.

4. Perception von gustatorischen und olfactorischen Eindrücken ist nicht wesentlich gestört.

5. Die Reaction auf schmerzhafte Reize, Nadelstiche etc. ist eine stumpfe, wie bereits erwähnt.

6. Die Wahrnehmungsfähigkeit für Eindrücke, welche passive Lageveränderungen der Glieder hervorrufen, ist ebenfalls herabgesetzt. Eine genauere Prüfung der hier vorliegenden nicht allzu erheblichen Störung scheiterte an der mangelnden Intelligenz des Kranken. Jedenfalls wurden Lageveränderungen in den Gelenken der Extremitäten mehr oder weniger sicher wahrgenommen.

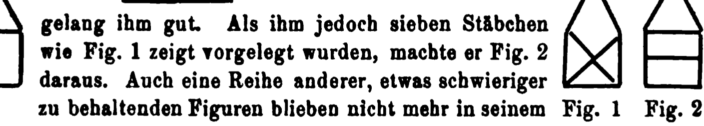
Dass die thatsächlich percipirten Eindrücke auch die richtigen Ideenassociationen wecken, liess sich in einer Reihe von Beispielen gut nachweisen. So gab er beim Vorzeigen eines Regenschirms, Federhalters, Buches etc. mimisch mit leidlicher Deutlichkeit zu verstehen, welchem Zwecke der betreffende Gegenstand dient. Die Apperception müssen wir daher als nicht wesentlich gestört bezeichnen.

Prüfung des Gedächtnisses. Da eine Prüfung früherer Erinnerungen bei der absoluten Sprechunfähigkeit nicht angängig war, so wurde zunächst festgestellt, wie lange frische Eindrücke aus optischen Perceptionen haften blieben.

Es wurde dem Explorauden ein Täfelchen mit einem Buchstaben darauf vorgelegt. Dann mischte ich das Täfelchen mit anderen Buchstaben und forderte den P. auf, den ersten herauszusuchen. Diese Probe fiel befriedigend aus. Wurden nun zwei Buchstaben zum Merken vorgelegt und dann wieder mit den anderen vermischt, so zeigte sich schon ein unsicheres Resultat. In den meisten Fällen wurden immerhin zwei Buchstaben noch gut behalten. Drei oder vier Buchstabenbilder vermochte Patient nicht mehr herauszufinden.

Dann wurden ihm mehrere Buchstaben gezeigt, die in einer bestimmten Reihenfolge nebeneinander lagen. Gleich darauf wurden die Buchstaben durcheinander geworfen.

Es zeigte sich, dass die Reihenfolge von drei Buchstaben gut im Gedächtniss blieben, während vier Buchstaben falsch zusammengestellt wurden; und zwar legte Patient Buchstaben, welche vorher auf den Kopf gestellt lagen, richtig hin. Schliesslich wurden eine Anzahl geometrischer Figuren aus gleich langen Holzstäbchen gebildet. Nachdem Patient sich die Figuren eingeprägt hatte, musste er die durcheinander geworfenen Stäbchen in derselben Weise zusammenfügen. Ein Quadrat, ebenso auch zwei Quadrate



wurden richtig gelegt. Auch folgende Figur: gelang ihm gut. Als ihm jedoch sieben Stäbchen wie Fig. 1 zeigt vorgelegt wurden, machte er Fig. 2 daraus. Auch eine Reihe anderer, etwas schwieriger zu behaltenden Figuren blieben nicht mehr in seinem Gedächtniss haften.

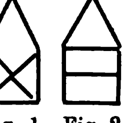


Fig. 1 Fig. 2

Um weiterhin festzustellen, inwieweit von ihm ein optischer Eindruck zur Reproduction verwerthet werden kann, wurde zunächst das Nachzeichnen von Buchstaben aus dem Gedächtniss versucht. Patient prägte sich einen ihm vorgezeichneten Buchstaben ein. Das Papier wurde ihm weggenommen und sollte er den Buchstaben nachzeichnen. Von dem ganzen Alphabet gelangen ihm nur zwei Buchstaben, das „A“ und „B“. Alle übrigen Buchstaben blieben in seinem Gedächtniss nicht haften. Man sieht daraus, dass die Reproduction des optischen Eindrucks ihm schwieriger wird, wie die einfache Identification desselben, die in Vorhergehendem geprüft worden ist. Die Aufgabe wurde nun vereinfacht und das Nachzeichnen von den Componenten des Buchstabens, nämlich von Linien und Winkeln versucht. Nachdem er sich eine Linie eingeprägt hatte, sollte er sie aus dem Gedächtniss gleichlang nachzeichnen. Die Länge der Linien wurde in einer Reihe von Versuchen auch ganz leicht getroffen.

Die zweite Vorlage war folgendermassen: | |; also eine lange und eine kurze Linie.

Die Einprägung dieses einfachen optischen Bildes gelang ihm eigenthümlicher Weise nicht. An Stelle der langen Linie wurde die kurze oder

umgekehrt gezeichnet. Wenn einige Male die Linien in richtiger Reihenfolge gezeichnet wurden, so handelte es sich anscheinend um einen Zufall. Bald trat auch Ermüdung ein; und die Linien fielen gleich lang aus. Ein weiterer Versuch, Winkel von verschiedener Grösse nachzeichnen zu lassen, ergab ebenfalls ein negatives Resultat. Die Grösse der aus dem Gedächtniss wiedergegebenen Winkel entsprach auch nicht annähernd der Vorlage.

Die Prüfung, inwieweit akustische Eindrücke behalten werden, konnte nicht nach Riegerschem Schema angestellt werden. Ebensowenig liess sich feststellen, ob frische Associationen zwischen optischen und akustischen Wahrnehmungen haften bleiben. Patient ist nur im Stande, vereinzelte einsilbige Worte nachzusprechen, so z. B. das Wort „Ich“, „Fünf“, „Drei“. Es sind jedoch nur einige Worte, welche er nachsprechen kann. Sinnlose Silben spricht er überhaupt nicht nach. Zweisilbige Worte kann er nicht nachsprechen, daher auch nicht in zwei kurzen Zwischenpausen vorgesagte Buchstaben. Er spricht das Wort, wenn überhaupt, sogleich nach dem Vorsagen aus. $^3/_4$ oder eine Minute nachher vermag er es nicht mehr. Der Fingerversuch Riegers, d. h. den Patienten zu veranlassen, sich bei den verschiedenen Fingern bestimmte Zahlen zu merken, war, wie leicht ersichtlich, nicht möglich. Ob und wie lange tactile Erinnerungsbilder oder diejenigen des Gemeingefühls auf der Rinde deponirt waren und blieben, liess sich leicht constatiren. Wurde Patient an verschiedenen Stellen des Gesichtes oder des Oberkörpers berührt, so konnte er noch einige Minuten danach angeben, wo die Berührung stattgefunden. Wurden mehrere Stellen berührt, so behielt er vier verschiedene tactile Eindrücke nicht mehr im Gedächtniss, während es ihm bei dreien noch einige Minuten gelang, genau zu localisiren. Ebenso hatte er einige energische Nadelstiche noch Tags darauf nicht vergessen. Die Prüfung, ob eigene Bewegungen im Gedächtniss behalten werden, ergab ein negatives Resultat. Patient musste die Augen schliessen und wurden dann mit seiner Hand verschiedene Bewegungen ausgeführt, z. B. in die Luft senkrechte oder wagerechte Linien gezeichnet. Es war bei dem Intelligenzdefect des Kranken sehr schwierig, ihm klar zu machen, was man von ihm wollte. Wurde nach etwa einer halben Minute dieselbe Bewegung wiederholt oder eine andere ausgeführt, so zeigte sich, dass er nicht wusste, ob es dieselbe Bewegung wie vorher war oder nicht.

Ebenso wenig konnte er einen Kreis von einer geraden Linie oder in die Luft gezeichnete Zahlen von einander unterscheiden. Die Prüfung der unmittelbaren Nachahmung wurde in folgender Weise angestellt. Zunächst das Nachsprechen: Er ist, wie erwähnt, nur im Stande, einsilbige Worte, so auch einige Zahlen nachzusprechen. Viele einsilbige Worte dagegen spricht er nur undeutlich oder gar nicht nach. Bei zweisilbigen Worten versagt er völlig. Von Buchstaben, die ihm vorgesprochen wurden, sprach er „d, t, s, sch, f“ recht gut aus, ebenso „a“ und „e“. Statt „n“ sagte er „get“, statt „w“ — „b“, statt „p“ — „d“, statt „u“ — „l“, ein anderes

Mal statt „n" — „i" und statt „i" — „la". Eine bulbäre Sprachstörung, Behinderung der Lautirung der Zungenbuchstaben besteht nicht. Ebensowenig können wir ein „Näseln", eine „klossige" Ansprache constatiren. Es werden eben an Stelle der vorgesprochenen Zungen- oder Lippenlaute beliebige andere Silben ausgesprochen, wobei eine Articulationsstörung auszuschliessen ist. Nachzusingen oder Nachzupfeifen ist Patient nicht im Stande, obgleich er auf die Aufforderung des Referenten hin gerne singt oder pfeift. Beim Singen trifft er auch recht gut bekannte Melodien, ebenso beim Pfeifen. Nur entsprechen die Melodien in keiner Weise den vorgesungenen. Die Worte sind übrigens bei dem Gesange des Patienten völlig unverständlich; er spricht dabei die verschiedensten Vokale und Silben in wirrem Durcheinander aus. Die Nachahmung von Mienen und Geberden ist eine sehr gute. Patient verzieht sein Gesicht zum Lachen oder noch besser zum Weinen in durchaus befriedigender Weise. Ebenso wurde das Nicken oder Schütteln mit dem Kopfe gut nachgeahmt. Lidschluss und „Hervorstrecken" der Zunge gelingt nur, wie bereits erwähnt wurde, wenn es ihm vorgemacht wird. Wir kommen jetzt zur Untersuchung des Nachschreibens. Zahlen werden hin und wieder nachgeschrieben, meist aber sehr undeutlich. Von dem Alphabet gelangen einige Buchstaben recht gut. Das Wort „Schreiben" dagegen fiel völlig unleserlich aus. Das Wort Pferd dagegen ist immerhin zu lesen, ebenso ein anderer ihm vorgeschriebener Satz. Bei einer Reihe von Sätzen, die ihm zum Copiren vorgelegt wurden, zeigte sich, dass er den ersten Buchstaben leserlich schrieb, um dann in ein wirres Gekritzel zu verfallen. Dabei muss hervorgehoben werden, dass Patient Alles ohne jedes Verständniss schreibt. Die Buchstaben „A" und „B" sind die einzigen, welche er zugleich lesen kann. Die anderen Buchstaben „H", „K" etc. konnte er nicht lesen. Ebensowenig ist ihm der Inhalt verschiedener Sätze bekannt, die er sich abzuschreiben bemühte, ohne die darin liegende Beleidigung zu bemerken, z. B. Walter ist ein Esel etc. Er schrieb den Satz anscheinend ohne jedes Verständniss für den Inhalt desselben. Darauf wurde noch die Fähigkeit des „Nachzeichnens" geprüft. Es wurden dem Patienten gedruckte Buchstaben vorgelegt, welche er auch ganz gut nachzeichnete.

Eine Anzahl geometrischer Figuren, Vielecke und ein Kreis gelangen allerdings ungenügend. Nach dem Rieger'schen Schema haben wir dann diejenigen intellectuellen Vorgänge zu untersuchen, welche durch rein innere Associationen ablaufen. Und zwar will Rieger zuerst diejenigen Associationen in Betracht ziehen, die durch eine Frage oder Anrede zu Stande kommen. Die Prüfung erfordert das Hersagen von Buchstaben, Zahlen oder Worten, die in einer gewissen Reihenfolge auch dem weniger Gebildeten geläufig zu sein pflegen. Diese Prüfung ergiebt bei unserem Patienten ein völlig negatives Resultat. Er kann weder das Alphabet hersagen, noch zählen. Da er mehrsilbige Worte überhaupt nicht aus-

sprechen kann, so können selbstredend die Wochentage, Monate etc. nicht angegeben werden. Die zweite von Rieger angegebene Methode, sich einfache Fragen beantworten zu lassen, ist ebenfalls nicht anwendbar.

Das Spontansprechen ist Patienten unmöglich, ebenso das Spontanschreiben; wir können daher nur verschiedene Bewegungsassociationen und die die Sprache ersetzende Mimik einer Untersuchung unterziehen. Patient wurde aufgefordert, eine Uhr aufzuziehen, schnell mit dem Finger auf den Tisch aufzuschlagen, mit dem Zeigefinger auf einer Tischplatte von links nach rechts und zurück zu fahren, mit der Hand die verschiedensten Bewegungen auszuführen, die Hand zu öffnen und zu schliessen. Alle diese Bewegungen werden recht gut, wenn auch langsam, ausgeführt. Durchschnittlich würde ein Gesunder dieselben Bewegungen noch einmal so schnell machen. Was die Mimik des Gesichtes und sonstige Bewegungen anbetrifft, welche die Sprache zu ersetzen in der Lage sind, so ergiebt sich, dass Patient bezüglich seiner mimischen Ausdrucksweise keinen wesentlichen Defect aufweist. Wir müssen bei der Beurtheilung dieses Umstandes auch die bereits constatirte Herabsetzung seiner Intelligenz in Betracht ziehen. Dass er einige Melodien singen und pfeifen kann, ist vorher bereits vermerkt.

Identificirendes Erkennen. Die Untersuchung wurde folgendermassen angestellt. Es wurden dem Patienten mehrere gleiche oder ungleiche Buchstabentafeln vorgelegt. Er wusste die gleichen von der ungleichen gut zu unterscheiden. Er sollte dann die gleichen Buchstaben aus einer grösseren Anzahl von Tafeln heraussuchen. Auch das gelang ihm zufriedenstellend. Dann wurde ihm ein aus Pappe geschnittenes Viereck und späterhin ein Kreis vorgelegt. Das Resultat war dasselbe; er legte wie vorher die Buchstaben so auch die gleichen geometrischen Figuren richtig nebeneinander. Berührte er eben erwähnte geometrische Figuren bei geschlossenen Augen mit der Hand, so wusste er auch mit Verwerthung der tactilen Eindrücke die verschiedenen geometrischen Formen von einander zu unterscheiden. Wir können aus diesem Resultat unseres Versuches den Schluss ziehen, dass die Identificirung optischer und tactiler Eindrücke ziemlich der Norm entspricht. Inwieweit optische mit tactilen Eindrücken associirt werden, wurde allerdings geprüft; aber der Versuch misslang, weil es nicht möglich war, dem Patienten klar zu machen, worum es sich handelte. Dass Eindrücke, welche aus eigenen Bewegungen hervorgehen, nicht im Gedächtniss behalten und daher auch nicht identificirt werden können, wurde bereits vorher bemerkt. Töne von verschiedener Höhe zu unterscheiden oder Töne von gleicher Höhe als identisch zu erkennen, gelang unserem wenig musikalischen Patienten in keiner Weise. Nachdem wir nun die Untersuchung der verschiedenen Eindrücke bezüglich ihrer Identificirung mit Ausschluss der Sprache angestellt haben, suchen wir die Identification der Sinneseindrücke mit Vorgesprochenem und Vorgeschriebenem zu prüfen.

Personen, deren Namen ihm bekannt sind, wurden beim Namen genannt, und gab Patient durch Nicken mit dem Kopfe oder Kopfschütteln deutlich zu erkennen, ob er den Namen mit der ihm vorgestellten Person identificire. Dann wurden ihm verschiedene im Zimmer befindliche Gegenstände genannt, die er zum Zeichen des Erkennens mit dem Finger berühren sollte. Einige Versuche misslangen in Folge seiner mangelnden Aufmerksamkeit; aber im Grossen und Ganzen wurden die verschiedenen Gegenstände richtig identificirt. Wurden ihm dann z. B. Nickelmünzen gezeigt mit dem Vermerk: „Das sind Goldstücke“, so schüttelte er sehr energisch mit dem Kopfe, während er gleich darauf ein 20 Markstück richtig identificirte.

Identification vorgestellter Thätigkeiten und Eigenschaften liess sich nicht prüfen. Explorand zeigte zu wenig Verständniss für diese Prüfung. Buchstaben wurden schlecht identificirt. Mit Sicherheit nur die Buchstaben „A“ und „B“. Zeitweise wurden auch andere Buchstaben als identisch mit dem Vorgesprochenen erkannt. Jedoch waren die Resultate sehr unsicher. Silben, oder gar Worte werden anscheinend überhaupt nicht identificirt.

Für Zahlen dagegen besteht mehr Verständniss. Legt man ihm eine Zahl vor und nennt ihm dann verschiedene Ziffern, so identificirt er sie meist richtig. Zeigt man ihm dieselbe Zahl nochmals auf einer anderen Tafel, so erkennt er ebenfalls die Identität derselben. Ebenso legt er zweistellige Zahlen richtig zusammen. Legt man ihm dagegen einen Buchstaben vor und zeigt ihm in einem gedruckten Alphabet denselben oder einen beliebigen anderen, so weiss er die identischen Buchstaben nicht oder nur sehr unsicher als solche zu erkennen.

Umsetzung von Sinneseindrücken in sprachliche Begriffe. Diese letztere Prüfung kann kurz behandelt werden, da eine ganze Reihe von Versuchen völlig negativ ausfielen. Patient ist in keiner Weise im Stande, optische oder akustische Eindrücke in Sprachbegriffe umzusetzen. Wie vorher erwähnt, erkennt er die Bezeichnung eines Gegenstandes sofort, sobald er dieselbe hört. Er kennt das Wort, er kann es aber nicht aussprechen. Zeigt man ihm z. B. einen Schirm, so findet er nicht das richtige Wort, nennt man es ihm, so erkennt er es, wie seine Geberden zeigen. Ebensowenig kann er optische oder akustische Eindrücke in Geschriebenes umsetzen, d. h. Dictatschreiben. Solange das Dictat sich auf Buchstaben beschränkt, werden, wenn auch falsche, so doch immerhin beliebige Buchstaben niedergeschrieben. So wurde, wie aus der Abbildung ersichtlich ist, statt „A“ auf Dictat „L“ geschrieben. Ein einziges Mal wurde ein Buchstabe, nämlich „B“, auf Dictat geschrieben. Dann wurde „St“, „L“, „J“, „L“ geschrieben, während „C“, „D“, „G“, „K“ dictirt wurde. Silben und Worte werden aber auf Dictat überhaupt nicht geschrieben oder es werden beliebige Buchstaben wirr aneinander gereiht. In den meisten Fällen sieht das Geschreibsel wie eine Zickzacklinie aus, im Verlaufe welcher

einige Buchstaben angedeutet erscheinen. Soll er Zahlen niederschreiben, so haben wir dasselbe Resultat.

Anstatt 1 wird 3, 6 wird 9, 10 wird 15, 22 wird 24, 19 wird 15, 333 wird 555, 182 wird 19 oder 122 geschrieben. Die Zahlen 5 und 7 dagegen wurden richtig geschrieben.

Die Prüfung der Combinationskraft konnte sich, wie aus dem Vorausgegangenen ersichtlich, nur auf die Lösung kleiner Rechenexempel beschränken. Allerdings ist das Einmaleins wohl Gedächtnisssache, zu einer Ueberlegung kommt es kaum, da die Resultate der kleinen Aufgaben, die für unsere Prüfung in Frage kommen, als fertige Erinnerungsbilder im Gehirne auch des ungebildetsten Exploranden deponirt sind. 5 kleine Rechenexempel und ihre Lösung durch den Patienten sind auf der Tafel verzeichnet. Zuerst wurde ihm 2 + 2 = vorgeschrieben und er schrieb die richtige Lösung „4" hin. 3 × 3 = 9 gelang ihm auch noch. Bei 4 × 4 = schrieb er 4. Als er das richtige Resultat hörte, machte er „14" daraus.

Weiterhin 7 — 4 = 14, 10 + 6 = 16. Die letzte Zahl 16 fand er schnell; merkwürdiger Weise misslangen ihm gleich darauf die übrigen kleinen Additionsaufgaben. Als ihm 5 Geldstücke zum Zählen hingelegt wurden, so zählte er richtig bis 5. Sollte er sogleich darauf angeben, wieviel Münzen auf dem Tische lagen, so war er dazu nicht im Stande. Die Zahl 6 aber fand er auch nicht, wenn er die Münzen zählte und dieselben dabei berührte. Einfach zu zählen, ohne die Münzen der Reihe nach zu berühren, war ihm eigenthümlicher Weise unmöglich. Wir sehen aus diesen Proben, dass auch die Combinationskraft des Patienten einen erheblichen Defect aufweist.

Wenn wir uns kurz die wesentlichsten Resultate der Untersuchung vergegenwärtigen, so tritt neben der schon bei oberflächlicher Betrachtung ins Auge fallenden Sprachstörung die pathologische Veränderung des Erinnerungsvermögens besonders hervor.

Während Perception und Apperception nicht erheblich gestört sind, finden wir, dass optische, tactile Perceptionen schlecht, Sinneseindrücke, die aus eigenen Bewegungen stammen, überhaupt nicht behalten werden. Mehr wie 2 Buchstabenbilder blieben nicht im Gedächtniss haften, auch die Erinnerung für die Zeitfolge der Sinneseindrücke erreichte ihre Grenze bei drei Bildern. Die Reproduction geometrischer Figuren war sehr unzureichend; und nur 2 Buchstaben konnten aus dem Gedächtniss reproducirt werden. Was das identificirende Erkennen anbetrifft, so konnten wir unter Ausschluss der Sprache keine wesentlichen Störungen bezüglich der optischen und tactilen Perceptionen wahrnehmen, während eine

Identification mit Vorgesprochenem nicht unwesentlich herabgesetzt war; jedenfalls ergab die Untersuchung sehr unsichere und zu verschiedenen Zeiten wechselnde Resultate. Wenn wir von diesen Anomalien der allgemeinen psychischen Functionen absehen, so finden wir, dass das Spontansprechen völlig, das Nachsprechen nicht absolut aufgehoben ist. Das Nachsprechen von einsilbigen Worten ist in beschränktem Masse möglich. Das Verständniss der Worte ist anscheinend völlig vorhanden. Es muss allerdings an dieser Stelle auf die Aufmerksamkeitsschwankungen hingewiesen werden, die zeitweise sehr hervortreten und dann das Wortverständniss ungünstig beeinflussen.

Selbständig einige Zahlen aussprechen konnte Patient nur, wenn er bis 5 Münzen mit den Fingern der Reihe nach berührte. Er nannte dann die Zahlen bis Fünf. Wenn wir die Lage des Krankheitsherdes im Gehirn bestimmen wollen, so können wir in unserem Falle nicht die Symptome finden, die einer der klinisch scharf begrenzten Typen der Aphasie entsprechen. Es würde sich also darum handeln, festzustellen, welche Centren und welche Bahnen besonders und in welchem Grade an der vorliegenden Erkrankung participiren. Wenn wir zunächst die associative Verknüpfung der verschiedenen Begriffscentren untereinander und mit dem Centrum für die Wortklangbilder in Betracht ziehen, so finden wir, dass dieselbe vielfach gestört erscheint. Optische und tactile Perceptionen gelangen allerdings bis zu den Stellen im Occipitallappen und im oberen Schläfenläppchen, die wir als Sitz der zugehörigen Erinnerungsbilder aufzufassen haben. Jedoch ist die Leitung in den verschiedenen Associationsbahnen wesentlich verlangsamt. Auf der Bahn des Wortverständnisses: „Ohr, Akustisches-, Empfindungs-, Erinnerungsfeld — Wortklangbilder — Objectvorstellungen“ verlaufen die Erregungen in normaler Weise; nur geht der Process sehr langsam; und scheint zeitweise der Klang des Wortes dem Patienten bekannt zu sein, während er die zugehörigen Partialvorstellungen nur mühsam und mit sichtlicher Anstrengung associiren kann. Denn nur dadurch, dass nach Erregung des Wortklangbildcentrums auch die mit dem Begriff des Gegenstandes verbundenen Gesichts-, Berührungs- und Geruchsvorstellungen geweckt werden, kann Verständniss des gehörten Wortes eintreten. Nennt man ihm das Wort „Schirm“ z. B., so zeigt er auf diesen

Gegenstand und giebt auch durch Geberden zu verstehen, dass e über den Zweck desselben im Klaren ist. Wenn also das akustisch Sprachcentrum und die Bahnen, welche zu dem optischen, tactile und Geruchserinnerungsfeld verlaufen, langsam und schwerfälli functioniren, so ist jedenfalls eine wesentliche Laesion dieser Rinden bezirke durchaus auszuschliessen. Nur die auf den Occipitallappe zu verlegende Störung des optischen Gedächtnisses wäre als rech erheblich zu bezeichnen. Wenn das erhaltene Wortverständnis mit Sicherheit gegen eine Laesion der *Wernicke*'schen Stelle spricht so haben wir die erkrankte Stelle in centrifugaler Richtung z suchen. Das Spontansprechen ist völlig aufgehoben. Die Bahn de Spontansprechens ist: Objectvorstellungen — Wortklang-Erinnerungs vorstellungen — motorisches Centrum für die Sprechbewegunge — Sprechmuskulatur. Die Associationsfasern verlaufen von de *Wernicke*'schen Stelle durch die Insel zum Fusse der linke unteren Stirnwindung. Bei einer Laesion der Insula Reilii finde wir daher meist das klinische Bild der centralen motorische Aphasie (corticale motorische Aphasie *Wernicke*), d. h. das Spontan sprechen, Nachsprechen, Lautlesen ist aufgehoben, während da Wortverständniss völlig erhalten ist. Daher wurde die Insel vo manchen Autoren auch zur motorischen Sprachregion gerechnet Von *Wernicke* wird allerdings angegeben, dass als ein Kennzeiche der intercentralen Aphasie (Leitungsaphasie *Wernicke*) die soge nannte Wortverwechslung, Paraphasie aufzufassen sei. Bei unsere Patienten werden keine Worte, aber zeitweise verschiedene Silbe wirr durcheinander geworfen, sodass ein unverständliches Silben gewirr entsteht. Die Casuistik der Aphasie ergiebt nun, das Paraphasie nicht nur als Symptom der centralen Aphasie, sonder auch bei den anderen klinischen Formen der Aphasie vorkomm Immerhin muss als feststehend betrachtet werden, dass Paraphasi am häufigsten bei Affection der Insel vorkommt. ***Ziehen*** erklä diesen Umstand damit, dass er eine theilweise Unterbrechung de Leitungsfasern annimmt, welche von der oberen Schläfen- zur untere Stirnwindung hinziehen. Die motorischen Impulse sollen dadurc „auf falsche Fasern“ übergeleitet werden, so dass „falsche Sprech bewegungen“ zu Stande kommen. Die klinischen Symptome weise uns darauf hin, dass es sich hier um eine Laesion der Insel handelt und weiterhin vielleicht die *Broca*'sche Stelle in Mitleidenscha

gezogen ist. Vermerkt mag noch werden, dass Patient einige Melodien ganz leidlich singt, ohne jedoch die Textworte dabei auszusprechen. Sein Text ist eine völlig unverständliche Silbencombination. Eine völlige motorische Amusie besteht also nicht. Die Erinnerungsbilder der verschiedenen Melodien sind vorhanden, während die associative Verknüpfung mit dem motorischen Sprachcentrum fehlt. Unser Fall spräche in Folge dessen nicht dafür, dass ein besonderes motorisches Centrum für die musikalischen Tonempfindungen besteht.

Die einfache Annahme, dass die Innervation der Singbewegungen leichter vor sich geht, weil einige Leitungsfasern noch nicht völlig functionsunfähig sind, würde das richtige Angeben der Melodien am ungezwungensten erklären. Dass das Nachsingen und Nachpfeifen unmöglich ist, würde durchaus zu dem klinischen Bilde einer Inselerkrankung passen. Dasselbe gilt von der Unfähigkeit, mehrsilbige Worte und die meisten Silben und Buchstaben nachzusprechen. Eigenthümlich ist aber der Umstand, dass einige einsilbige Worte, einige wenige Buchstaben und Zahlen nachgesprochen werden. Es würde das nicht mit der centralen motorischen Aphasie oder der Leitungsaphasie in Einklang zu bringen sein. Die Bahn des Nachsprechens nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse ist: „Akustisches Empfindungsfeld — akustisches Sprachcentrum“.

Wird das Wort auch verstanden, so werden vom Klangbildcentrum aus dann die zugehörigen Partialvorstellungen associirt. Wird der Sinn des Wortes dagegen nicht erfasst, so erregt das akustische Centrum das motorische, welches schliesslich die Sprachbewegungen auslöst. Es ist klar, dass die Inselerkrankung das Nachsprechen aufheben muss. Wenn in unserem Falle einige wenige Buchstaben und Silben sprachlich innervirt werden können, so können wir das wohl am einfachsten in folgender Weise erklären.

Grashey hat durch seine Untersuchungen festgestellt, dass man als Kind beim Lesen- und Schreibenlernen Erinnerungsbilder für den Klang der Buchstaben sowie die dazu gehörigen Bewegungsvorstellungen erwirbt, welche selbständig neben denjenigen für Wortklänge deponirt werden. In unserem Falle sind die Associationsfasern, welche zu den Sprachbewegungsvorstellungen für

Worte führen, völlig zerstört, während einige Buchstaben erhalten sind. Bei den meisten Buchstaben allerdings springen die Impulse auf falsche Fasern über und veranlassen die Verwechselung, die vorher beschrieben wurde. Die Sprachinnervation einzelner Zahlen und einsilbiger Worte gelingt auch noch, wenn die Erregung vom akustischen Empfindungsfeld ausgeht. Hinzukommt, dass in unserem speziellen Falle die Associationsbahnen besonders ausgeschlissen sind und nicht so leicht einer Hemmung unterliegen wie andere seltener benutzte Bahnen. Sinnlose Silben werden daher nie nachgesprochen. Zwei Silben dagegen nehmen das Gedächtniss mehr in Anspruch. Beim Aussprechen der ersten Silbe verblassen aber bereits die Erinnerungsbilder der Buchstabenklänge, welche die zweite Silbe zusammensetzen. Diese Erklärung wäre analog derjenigen, welche *Grashey* für die eigenthümliche Lesestörung seines Patienten gab, der unfähig war, ein optisches Erinnerungsbild so lange im Gedächtniss zu behalten, bis es auf das Sprachcentrum übertragen wurde. Der Kranke musste daher buchstabirend jeden Buchstaben niederschreiben, um das Wort dann richtig auszusprechen. Interessant ist, dass die einzigen Worte, welche der Patient X. spontan aussprechen konnte, nämlich die ersten 5 Zahlen, nur gelangen, wenn er die tactilen und die optischen Partialvorstellungen zu Hülfe nahm. Die Association der Gesichtsbilder allein genügte nicht, um die geeignete Sprachinnervation auszulösen. Was nun den zweiten Symptomencomplex anbetrifft, der in unserem Krankheitsbilde hervortritt, so ist eine selbständig bestehende centrale Alexie oder Agraphie (corticale Alexie oder Agraphie *Wernicke*'s) auszuschliessen. Die intercentrale Aphasie bedingt die Aufhebung des lauten Lesens. Wir finden aber, dass das Spontanschreiben und das Diktatschreiben völlig aufgehoben ist. Das Nachschreiben weist eine noch besonders zu besprechende Störung auf. Die psychophysiologische Untersuchung des Schreibens und des Lesens lehrt uns, dass beim Schreiben folgende Bahnen in Betracht kommen. Partialvorstellungen — akustisches Sprachcentrum — Buchstabenbildcentrum — motorisches Centrum der beim Schreiben in Betracht kommenden Arm- und Handmuskeln. Die Laesion müsste nach dem jetzigen Stande der Localisationslehre entweder im Gyrus angularis sinister dem Centrum für Buchstabenbilder oder vor dem Rindenfeld zur rechten Handmuskulatur im sogenannten Schreibcentrum liegen.

Beim Diktatschreiben verläuft die Erregung vom akustischen Empfindungsfeld zur *Wernicke*'schen Stelle.

Wird mit Verständniss des Inhaltes geschrieben, so werden dann die zugehörigen Objectvorstellungen geweckt. Dann gehen die Impulse weiter auf den Bahnen des Spontanschreibens, d. h. zu den Buchstabenbildern und dem Fusse des linken gyrus frontalis medius. Beim leisen Lesen wird die Erregung entsprechend im optischen Empfindungsfeld ausgelöst und von dort aus auf das Lesencentrum übertragen, wobei die Associationsfasern später noch durch die *Wernicke*'sche Stelle verlaufen, um die associative Verknüpfung, die zum Leseverständniss erforderlich ist, zu ermöglichen. Beim lauten Lesen würde die Association bis zum Klangbildcentrum dieselbe sein wie vorher, nur würde letzteres an Stelle der Begriffscentren das motorische Sprachcentrum erregen. Wir sehen aus dieser einfachen Uebersicht der beim Lesen und Schreiben sich abspielenden Vorgänge, dass die Herderkrankung unseres Patienten in keiner Beziehung steht zu den trotzalledem functionsunfähigen Bahnen. Das akustische Sprachcentrum und die damit verbundenen Erinnerungsbilder sind im Wesentlichen intact. Jedenfalls genügt die Störung, welche die allgemeinen psychischen Functionen betrifft, nicht, um die absolute Agraphie und Alexie zu erklären. Die Beobachtung ist wiederholt gemacht worden, dass eine Leitungsunterbrechung zwischen den Wortklangbildern und der *Broca*'schen Stelle mit erheblichen Schreibstörungen verbunden ist, ohne dass diese Leitungsbahnen, wie aus der Uebersicht ersichtlich ist, in irgend welcher Beziehung zu den Schreib- und Lesebahnen steht. Der von *Lichtheim* und Anderen betonte Umstand, dass in solchen Fällen eine anatomische oder functionelle Beeinträchtigung der zu den Begriffscentren führenden Bahnen besteht, ist nach dem vorher Erwähnten auszuschliessen.

Vielleicht erklärt sich in unserem Falle der absolute Ausfall des Spontan- und Diktatschreibens, sowie des Lesens und des Leseverständnisses dadurch, dass die associative Verknüpfung von Wortklangbild- und Buchstabenbildcentrum aufgehoben ist. Dadurch wird auch durchaus verständlich, dass nicht nur das laute Lesen, sondern auch das innerliche Lesen unmöglich wird. Denn die vom optischen Empfindungsfeld ausgelöste Erregung gelangt nur bis zum Buchstabenbildcentrum. Noch vor der *Wernicke*'schen

Stelle hindert die Laesion der Fasern die Uebertragung auf da optische Erinnerungsfeld. Dass diese Leitungsbahnen aber keine directen Weg zu den Partialvorstellungen nehmen, sondern zuers das akustische Sprachcentrum passiren, ist sichergestellt.

Aus demselben Grunde finden die von den Gesichtsvorstellunge ausgehenden Impulse in centrifugaler Richtung ihre Hemmung bevor sie das Lesecentrum erreichen können. Dass das Nach schreiben oder richtiger Nachzeichnen der Buchstaben noch bis zu einem gewissen Grade gelingt, während das Diktatschreiben miss lingen muss, ergiebt sich von selbst aus unserer Annahme. Di Bahn des Nachschreibens ist: Optisches Empfindungsfeld — Lese- centrum — Schreibcentrum — die bei der Schreibbewegung in Thätigkeit tretenden Hand- und Armmuskeln. Da bei unserem Patienten kein Verständniss dessen, was er schreibt, besteht, so fehlt ihm eben die associative Verknüpfung der Buchstabenbilder mit den Objectvorstellungen. Dass weiterhin beim Diktatschreiben, wenn überhaupt Buchstaben geschrieben werden, stets eine Verwechselung derselben besteht, erklärt sich durch partielle Functionsstörung einzelner Bahnen, wodurch die Impulse auf falsche Bahnen gelangen. Klinisch würden wir demgemäss den vorliegenden Symptomencomplex als transcorticale Alexie bezeichnen müssen, die neben einer absoluten Leitungs-Aphasie besteht. Der Krankheitsherd liegt in der Insel und greift auf die Leitungsbahnen über, die zum Lesecentrum führen.

Das akustische Centrum ebenso wie die zu den Gesichts-, Berührungs- und sonstigen Begriffscentren führenden Bahnen sind in ihrer Leistungsfähigkeit beschränkt, wie auch der ganze Denkprozess gehemmt und verlangsamt ist. Eine Betheiligung des Lese- und Schreibcentrums dagegen an dem Krankheitsprozesse ist nicht anzunehmen. Differentialdiagnostisch wäre dann noch eine Laesion der Projectionsfasern erster Ordnung zu erwähnen. Diese von *Wernike* als subcorticale motorische Aphasie (fasciculäre motorische Anarthrie, *Ziehen*) bezeichnete Krankheitsform weist im Allgemeinen dieselben Symptome auf wie die centrale motorische Aphasie, was die reine Sprachstörung anbetrifft. Dagegen ist aber das Spontanschreiben, Copiren und Diktatschreiben erhalten. Ausserdem ist unser Patient nicht einmal im Stande, die Silbenzahl der verschiedenen Worte anzugeben, was durchaus für den centralen Ur-

sprung der Störung spricht. Eine Kernaffection in der Oblongata, wie sie besonders bei der Bulbärparalyse typisch vorkommt, ist aus den gegen Anarthrie im Allgemeinen sprechenden Gründen auszuschliessen.

Die näselnde Sprache bei Betheiligung des Glossopharyngeus- und Vagoaccessoriuskernes oder die Articulationsstörung bei Degeneration des Facialis und Hypoglossus sind ja leicht kenntlich.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

104. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. December 1901.

Anwesend die Herren: *Anker*-Berlin, *Ascher*-Berlin, *Baer* sen.-Berlin, *Baer* jun.-Lichtenberg, als Gast, *Boedeker*-Schlachtensee, *Burghart*-Lichtenberg, *Falkenberg*-Wuhlgarten, *Fraenkel*-Steglitz, *Fries*-Nietleben, *Gallus*-Neu-Ruppin, *Geelvink*-Westend, *Gock*-Landsberg a. W., *Guttstadt*-Berlin, *Jolly*-Berlin, *Kaplan*-Lichtenberg, *Keferstein*-Steglitz, als Gast, *Kortum*-Lichtenberg, *Laehr* sen.-Zehlendorf, Hans *Laehr*-Schweizerhof, Max *Laehr*-Haus Schönow, *Lichtenberg*-Charlottenburg, als Gast, Georg *Meyer*-Berlin, *Moeli*-Lichtenberg, *Möller*-Berlin, *Oliven*-Steglitz, *Otto*-Lichtenberg, *Rieke*-Landsberg a. W. als Gast, *Rosse*-Lichtenberg, als Gast, *Sander*-Dalldorf, *Seeger*-Landsberg a. W., *E. M. Simons*, als Gast, *Sorge*-Lichtenberg, als Gast, *Strecker*-Berlin, als Gast, *Viedenz*-Eberswalde, *Waldschmidt*-Westend, *Weiler*-Westend, *Wulffert*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Jolly*, *Laehr* sen., *Moeli*, *Sander*.

Vorsitzender: *Moeli*.

Dem Verein ist beigetreten: Dr. *Viedenz*, Arzt der Landesirrenanstalt Eberswalde.

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung und theilt mit, dass dem Verein die Einladung zum internationalen Aerztekongress zu Madrid zugegangen ist.

Der Vorsitzende theilt noch mit, dass Herr *Schäfer*-Lengerich brieflich sein Bedauern ausgesprochen hat, an der Sitzung nicht theilnehmen zu können. Derselbe hat in seinem Schreiben zu verschiedenen Thesen besondere Ausführungen gemacht, welche im Lauf der Verhandlung zur Mittheilung gelangen werden.

Herr *Waldschmidt*: Bericht der Kommission über die Thesen des Herrn *Schäfer*-Lengerich („Oeffentliche Trinkerfürsorge").

M. H.! In der Sitzung vom 22. Juni 1901 wurde beschlossen, die von Herrn *Schäfer*-Lengerich im Anschluss an seinen Vortrag über öffentliche Trinkeranstalten eingebrachten Thesen einer Kommission von drei Mitgliedern zu überweisen; hierzu wählten Sie die Herren *Guttstadt*, *Leppmann* und mich, der ich heute die Ehre habe, Ihnen das Ergebniss der Kommissionsberatung wie folgt zu begründen. Wenn ich mir erlauben werde, in aller Kürze die einzelnen Punkte zu berühren, so darf ich des weiteren zur Motivirung auf die kleine statistische Arbeit „Die Trinkerfürsorge in Preussen" verweisen, wovon ich mir gestatte, Ihnen einige Sonderabzüge zu überreichen: das Material hierzu verdanke ich dem Königlichen statistischen Bureau und speziell Herrn Geheimrath *Guttstadt*, der die Liebenswürdigkeit hatte, es mir zugänglich zu machen.

Die Kommission glaubte nach dreierlei Richtung ihre Aufgabe erfüllen zu sollen, indem sie sich zunächst über die Art der in Frage kommenden Anstalten, sodann über die Aufnahme-Bedingungen und endlich über die Leitung der Anstalten für Trunksüchtige schlüssig zu werden und ihre Ansicht darüber in den Leitsätzen, welche bereits in Ihren Händen sind, auszusprechen suchte. Sie verzichtete dabei ausdrücklich — und zwar aus Zweckmässigkeitsgründen — auf ein näheres Eingehen auf die These 1 des Herrn *Schäfer*, um nicht unnöthigerweise eine Kontroverse hervorzurufen, welche geeignet sein könnte, in weiteren Kreisen Missdeutungen zu erfahren, die den ganzen diesbezüglichen Bestrebungen schaden. Persönlich stehe ich nicht an, mich als Anhänger der *Schäfer*'schen Auffassung zu bekennen, was ich im vergangenen Sommer wiederholentlich auszusprechen Gelegenheit genommen habe; so in dem „Deutschen Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit" in Lübeck, wo ich über die Aufgaben der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen zu referiren hatte, und auf dem Kongress der Trinkerheilanstalts-Vorstände des deutschen Sprachgebietes gelegentlich einer Debatte über die Zuziehung von Aerzten bei der Entmündigung Trunksüchtiger, referirt von Stadtrath *Martius*, in Breslau. Dabei wies ich insbesondere darauf hin, dass ein Trinker nicht etwa seiner somatischen Störungen, seiner Leberschrumpfung oder Nierencirrhose, sondern lediglich seines psychischen Verhaltens, seiner Psychose halber entmündigt werde.

Wenn nun auch der Auffassung, dass es sich bei der Trunksucht um eine Krankheit handelt, mag sie im Einzelfalle mehr als geistige Störung imponiren oder mögen mehr körperliche Erscheinungen in den Vordergrund treten, neuerdings von uns nicht besonders Ausdruck gegeben worden ist, so ist doch der leitende Gedanke bei Aufstellung der Thesen unverkennbar und in diesem Kreise überflüssig zu diskutiren. — Wie häufig übrigens anstaltsbedürftige Trinker, je nach ihrer überwiegend geistigen bezw. körperlichen Erkrankung in Irren- bezw. allgemeine Krankenanstalten untergebracht werden, geht deutlich aus der „Trinkerfürsorge in Preussen" hervor. Ohne Sie hier weiter mit Zahlen belästigen zu wollen, sei mir nur gestattet,

auf die diesbezüglichen Fälle aufmerksam zu machen und hervorzuheben, dass beispielsweise im Jahre 1899 bei 21361 in Anstalten untergebrachten Personen, bei denen Alkoholismus constatirt wurde, 14386 auf die allgemeinen Krankenanstalten entfielen, während 6975 in die Irrenanstalten gelangten; und ferner sei darauf hingewiesen, dass von den 21361 Aufnahmen 6104, also 30,4 pCt. ohne weitere Nebenerscheinungen das reine Bild des Alkoholismus boten — und das ist für uns sehr bemerkenswerth.

Was nun die Art der Anstalten anlangt, so haben wir in unserer These 1 einer seit einem halben Jahrhundert bestehenden Forderung nach Specialanstalten entsprochen und solche mit offenem und geschlossenem Character vorzuschlagen gemeint. Massgebend war hierbei die Ansicht, dass Trunksüchtige in erster Linie freiwillig sich in Anstalten zur Heilbehandlung begeben sollen; dass man aber in vielen Fällen nicht lediglich auf den guten Willen des Trunksüchtigen, der willen- und energielos, fortwährend in seinen Entschlüssen hin und her schwankt, sowohl in betreff der Unterbringung als auch des Verbleibens in einer Anstalt, angewiesen sein darf, sondern das Recht und die Möglichkeit besitzen muss, ihn eventuell auch gegen seinen Willen zu halten, braucht hier an dieser Stelle wohl am allerwenigsten besonders betont zu werden. Doch hierüber später unter Punkt 3.

Wenngleich Specialanstalten für Trunksüchtige als nöthig erscheinen, so soll doch auch — nach Ansicht der Kommission — den allgemeinen Krankenanstalten und Irrenhäusern die Aufnahme von Alkoholisten unter der Bedingung gewährt werden, dass sie besondere Einrichtungen treffen, die eine zweckentsprechende Behandlungsart gewährleisten. Und hierbei handelt es sich in allererster Linie um die Wahrung des Princips der Abstinenz; wir wissen heute, dass die Enthaltung von allen geistigen Getränken die Vorbedingung der Alkoholisten-Behandlung bildet; wir wissen, dass durch diese Enthaltsamkeit vielerlei Störungen des Centralnervensystems und der inneren Organe schwinden; aber ebenso sicher ist auch erwiesen, dass diese Störungen nach Aufhebung der Abstinenz auf's neue in die Erscheinung treten, sodass sich der Satz aus der Praxis herausgebildet hat: dauernde Enthaltung von allen alkoholhaltigen Getränken für jeden Trunksüchtigen! Nun dürfte daraus noch nicht ohne weiteres gefolgert werden können, dass auch die Umgebung des Trunksüchtigen sich dieser Abstinenz hinzugeben habe; allein, es muss unbedenklich zugestanden werden, dass die Durchführung derselben eine halbe Maassregel bilden muss, sofern Alkohol in irgend einer Form überhaupt in den Bereich des zu Entwöhnenden kommt. Ohne auf die Behandlung selbst näher eingehen zu wollen, glaube ich doch den Gedanken kurz streifen zu dürfen, dass der bisherige allgemeine Standpunkt einer gründlicheren Reform bedürftig ist, und dass es nicht Zweck und Ziel einer Heilmethode sein kann, oberflächlich die äusseren Krankheits-

erscheinungen zum Schwinden zu bringen und den morschen Kern unberührt zu lassen, bis er immer mehr zerfällt und zum Ruin seines Trägers wird. Und so ist es, m. H., bei den Alkoholisten; der Delirant wird nach wenigen Tagen „geheilt" aus der Anstalt entlassen, um nach kurzer Zeit wieder Gegenstand der ärztlichen Behandlung zu werden; den chronischen Alkoholisten setzt man nach kurzen Wochen, event. auch nach Tagen an die Luft, da nichts mehr mit ihm anzufangen ist, und die Erscheinungen, welche zur Aufnahme Veranlassung gaben, im grossen ganzen verschwunden sind. Auf dem jüngsten internationalen Congress gegen den Alkoholismus in Wien gab *Legrain*-Paris einen sehr interessanten Bericht über das Recidiviren der Trunksüchtigen an Hand eines Materials von 1600 Fällen aus der ihm unterstellten Irrenanstalt Ville-Evrard.

Indem er auf die vielfachen Wechselbeziehungen zwischen Irrenhaus und Strafanstalt für den Alkoholisten hinwies und eine Reihe von Fällen erwähnte, welche 20, 30, ja 40 mal hintereinander rückfällig und damit Gegenstand nicht nur der Behandlung, sondern auch des Strafvollzugs wurden, während es sich in alkoholfreien Zeiten um ordentliche, brauchbare Menschen handelte. Wenngleich diese Thatsachen hier nicht unbekannt sein dürften, so sind sie immerhin auf's neue zu betonen, um damit einen Standpunkt zu kennzeichnen, welchen man heute alter Gepflogenheit gemäss durchweg noch einzunehmen beliebt, und der endlich verlassen werden sollte. Daher die These 3b, dass auch eine zwangsweise Unterbringung von Trunksüchtigen in Specialanstalten gefordert werden soll. Und zwar muss sie aus den verschiedensten, zum Theil bereits angeführten Gründen gefordert werden: einmal entschliesst sich nur ein geringer Theil der Alkoholisten dazu, sich freiwillig für eine genügend lange Dauer in eine Trinkerheilanstalt zu begeben; der grössere Rest würde aber bei rechtzeitiger sowie bei Zurückhaltung auch eventuell gegen seinen Willen gesunden können. Sodann handelt es sich um — zwangsweise — Versorgung der durch den § 6 B.G.B. entmündigten Trinker, für die merkwürdigerweise noch nichts gethan ist, denn man wird sich nicht damit befriedigt fühlen können, dass ein Gesetzesparagraph geschaffen wurde, demgemäss ein Vormund eines entmündigten Trunksüchtigen das Recht und auch die Pflicht hat, für eine zweckentsprechende Unterbringung seines Mündels Sorge zu tragen. Wie in der vorigen Sitzung (von Herrn *Bratz*) mitgetheilt wurde, kann in Sachsen ein nach § 6 entmündigter Trinker durch seinen Vormund zwangsweise einer Irrenanstalt überwiesen werden. Es ist für Preussen, dem Wunsche der Kommission gemäss, „die durch das B.G.B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln", und zwar in der Art zu regeln, dass die Unterbringung auch einigen Erfolg zu versprechen vermag; dass also das Recht der Unterbringung in Irrenanstalten auf die Trinkeranstalten erweitert wird. Hierzu gesellt sich die weitere Forderung, dass Trinkeranstalten das Detentionsrecht erhalten müssen. Uebrigens sei hier gleich betont, dass nicht allen

Specialanstalten dieses Recht zugestanden zu werden braucht, wie dies These 1 bereits vorsieht.

Die häufig aufgeworfene Frage, ob Trinker-Heil- und Pflege- bezw. Bewahr-Anstalten einzurichten seien, glaubte die Kommission aus der bei den Irrenanstalten gewonnenen Praxis, wobei sich die Begriffe Irren-Heil- und Pflege-Anstalten mit der Zeit vollständig verschmolzen haben, nicht bejahen zu können. Ob später Pflegeanstalten im Sinne *Forel's* zur dauernden Internirung jener geistig defecten, von ihm näher beschriebenen Alkoholisten nothwendig werden, mag ruhig der Zukunft überlassen bleiben.

Was nun die materielle Verpflichtung für die Trunksüchtigen anlangt, ein Punkt, an dem bekanntlich manche werthvolle Bestrebungen scheitern, so darf ich auf den bereits erwähnten Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit verweisen, welcher nach den Aufzeichnungen auf Seite zwölf meiner Ihnen vorliegenden Abhandlung sich eingehend mit dieser Frage beschäftigte und zu dem Schlusse kam — nach These 3 seiner Resolution —, eine landesgesetzliche Regelung insbesondere auch hinsichtlich der Kosten zu fordern. — Die von Ihnen eingesetzte Kommission hält es für opportun, die Fürsorge für die Trunksüchtigen gemäss dem Gesetz vom 11. Juli 1891 geregelt zu sehen. Diesem Beschlusse gegenüber setze ich meine persönlichen Wünsche: nach dem Vorgange des am 1. April 1901 in Kraft getretenen Fürsorge-Erziehungsgesetzes auch für die Versorgung trunksüchtiger Personen den Staat heranzuziehen (das scheint mir nach den in vorliegender Schrift entwickelten Gründen durchaus statthaft und gehörig), zurück. Mag man nun im Laufe der Zeit zur Errichtung öffentlicher Trinkeranstalten schreiten oder nicht, es kann nur empfohlen werden, vorhandene diesbezügliche Unternehmungen, vorausgesetzt, dass sie den von uns geforderten Massnahmen in Bezug auf Einrichtung und Leitung genügen, zu unterstützen und dadurch auch die in Frage kommenden Heilstätten auf ihren eigentlichen Werth zu prüfen.

Die These 5 wird sich wohl debattenlos der Annahme der Versammlung erfreuen, hoffentlich aber auch in weiteren Kreisen die Zustimmung erfahren, da wohl Niemand besser wie der Psychiater im Stande ist, sich von dem Seelenleben des Trinkers das richtige Bild zu machen und ihn dementsprechend zu beurteilen und zu behandeln. Und das ist um so wichtiger, als der Alkoholist nicht gar zu selten mit dem Strafgesetz in Konflikt kommt und, man kann wohl sagen, in dem Psychiater den gegebenen Sachverständigen für seine Handlungen zu erblicken hat.

Wenn nun in der letzten These 6 noch der Wunsch ausgedrückt worden ist, dass der Richter möglichst oft von seinem Rechte, den § 681 C.P.O. anzuwenden, Gebrauch machen möge, so findet er seine Begründung darin, dass man in erster Linie darauf Bedacht nehmen solle, einen Kranken zu heilen und erst bei vergeblichem Versuche die Entmündigung auszusprechen. Es soll aber möglichst bei jedem trunksüchtigen Individuum ein Heilungsversuch angebahnt werden, der, sofern er nicht freiwillig ein-

tritt, allerdings infolge richterlichen Erkenntnisses bestimmt werden muss. Aber der Versuch zu ersterem ist in den allermeisten Fällen geboten, auch da, wo die Entmündigung bereits beantragt worden ist.

Wenn ich mich als Berichterstatter mit dieser kurzen Begründung begnüge, so geschieht dies wie gesagt, unter dem besonderen Hinweis auf die in Ihren Händen befindliche „Trinkerfürsorge in Preussen", in der ich glaube, ziffermässig den Nachweis erbracht zu haben, dass die in den sechs Ihnen mitgetheilten Thesen geforderten Massnahmen nothwendig sind, um eine geregelte Trinkerfürsorge zu erzielen. Wenn ich in meinen eigenen Ansprüchen noch etwas weiter gegangen bin, so darf ich Ihnen doch aus den kurz skizzirten Gründen, ohne inkonsequent zu sein, die Annahme der Leitsätze empfehlen.

Unsere Thesen lauten:

1. Specialanstalten für Trunksüchtige sind nothwendig.

2. Diese Specialanstalten können
   a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten;
   b) geschlossene, im Charakter der Irrenanstalten

sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Special-Anstalten geeignet, welche das Prinzip der Abstinenz bei sämmtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben. Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten, welche Alkoholisten aufnehmen, soll auf den hierfür besonders einzurichtenden Abtheilungen der Grundsatz der Abstinenz als die Regel gelten.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in Anstalten kann
   a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden;
   b) zwangsweise

erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind die für Irrenanstalten geltenden Aufnahme-Bestimmungen massgebend. Diese sind mit Rücksicht auf die durch das B.G.-B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

4. Bei Unterbringung von Trunksüchtigen, für welche Armenverbände in Betracht kommen, findet das Gesetz vom 11. Juli 1891 Anwendung. Es wird den durch dieses Gesetz verpflichteten Verbänden empfohlen, diejenigen Einrichtungen, welche Vereine zur Bekämpfung von Trunksucht getroffen haben, zu benutzen und zu unterstützen.

5. Die Leitung von Specialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

6. Es ist wünschenswerth, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Specialanstalt reichlich Gebrauch macht.

Der Vorsitzende bemerkt vor Eröffnung der Besprechung, dass, wenn auch der Gang der Verhandlung sich an die Thesen der Kommission anschliessen solle, doch die in den *Schäfer*'schen Sätzen ausgesprochenen Meinungen zu berücksichtigen sein würden. Er werde deshalb bei den einzelnen Thesen auf die entsprechenden *Schäfer*'schen Sätze verweisen.

Schriftlich oder telegraphisch von Herrn *Schäfer* noch übermittelte Aeusserungen werde er an entsprechender Stelle zur Verlesung bringen.

Die Kommission habe vermieden, den in der ersten *Schäfer*'schen These erwähnten Zusammenhang zwischen Trunksucht und Geisteskrankheit, woraus Herr *Schäfer* seine weiteren Sätze ableitet, zu berühren. Auch wenn man nicht die volle Identität der Begriffe Trunksucht und Geistesstörung aussprechen wolle, könne man es doch für wünschenswerth erachten, da man von „Heilung“, Anstalten und ärztlicher Leitung spräche, auf die so häufige Verknüpfung der Trunksucht mit krankhaften psychischen Veränderungen hinzuweisen.

Er stelle daher anheim, ob dieser thatsächliche Zusammenhang erwähnt werden solle nnd verbinde die Besprechung hierüber mit der These 1 der Kommission.

Herr *Baer:* Die Thesen, sowohl die von Herrn *Schäfer* als von der Kommisson aufgestellten, legten den Schwerpunkt für die öffentliche Fürsorge der Trinker in die Behandlung der Trinker in den Specialanstalten. Diesen Maassnahmen wird gewiss nicht widersprochen werden. Es ist jedoch nothwendig, darauf hinzuweisen, dass ein grosser Theil der Trinker stets in die Irrenanstalten gehören und in ihnen verbleiben. Trinker, die in die Specialanstalten aufgenommen werden sollen und für welche die öffentliche Fürsorge eintreten soll, sind noch nicht geisteskrank. Es ist deshalb nothwendig, anzudeuten, welche Personen in diese Anstalten gehören.

Herr *Baer* stellt den Antrag, dies durch Annahme folgenden Satzes zum Ausdruck zu bringen:

Personen, welche in Folge von Alkoholmissbrauch ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen, sich und ihre Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzen, sollen in Trinkerheilanstalten aufgenommen werden.

Herr *Guttstadt* warnt, die Beziehungen von Geistesstörung zur Trunksucht in den Thesen zum Ausdruck zu bringen.

Herr *Wulffert* stellt den Antrag, bei These 1 den Zusatz zu machen:

Diese Specialanstalten müssen zweierlei Art sein:

1. offene,
2. geschlossene.

Solange geschlossene Specialanstalten für Trunksüchtige nicht errichtet sind, treten an ihre Stelle einzelne Irrenanstalten, welche nach dem Abstinenzprincip eingerichtet werden.

Herr *Falkenberg*-Wuhlgarten hält es zur Vermeidung von Missverständnissen nach den Aeusserungen von Herrn *Guttstadt*, der sogar Bedenken

hat, das Delirium potatorum zu den Geisteskrankheiten zu rechnen, für wünschenswerth, dass auch in diesen Thesen in irgend einer Form die engen Beziehungen zwischen Trunksucht und Geistesstörung zum Ausdruck gelangen. Ohne aus praktischen Erwägungen so weit gehen zu wollen, wie Herr *Schäfer* in seinem ersten Leitsatz, schlägt er vor als These 1a: „Es giebt eine wohlcharakterisirte Form von Geistesstörung, zu der ein grosser Theil der gewöhnlich als Trunksucht bezeichneten Erkrankungen gehört."

Der Vorsitzende bringt im Anschluss hieran die Mittheilungen des Herrn *Schäfer* zur Kenntniss. Letzterer erklärt, es sei vom Uebel, dass die sonst aus praktischen Gründen so nützliche Entmündigung der Trinker „wegen Trunksucht" der Neigung des Laien, besonders des Richters, im Trunksüchtigen etwas ganz anderes zu sehen, als einen Geisteskranken, Vorschub leistet; wenn die Zusammengehörigkeit der Trunksucht zu den Geistestörungen nicht betont und durch geeignete Bestimmungen nicht zum Ausdruck gebracht werde, so werde mancher Geisteskranke, welcher mit Trunksucht behaftet sei, und der bisher anstandslos als solcher betrachtet und in Irrenanstalten gehalten wurde, statt als geisteskrank, als nur trunksüchtig betrachtet und demgemäss behandelt werden; es führe dies sowohl auf rechtlichem wie auch auf administrativem Gebiet zu verschiedenen Missständen. Ebenso wichtig, wenn nicht noch wichtiger, sei der Grundsatz: „Trunksucht ist eine Geistesstörung" für die Frage der Ausübung der praktischen Trinkerfürsorge; es müsse mit aller Entschiedenheit der Beruf des Arztes in den Vordergrund gestellt und verlangt werden, dass ihm die Leitung der Trinkeranstalten übertragen werde; indem dabei der öffentlichen Fürsorge (durch die Provinzialverbände) der Vorzug gegeben werde, erreiche man die sicherste Grundlage, welche überhaupt zu erlangen sei.

Herr *Zinn:* Die Beziehung zwischen Trunksucht und Geisteskrankheit kommt in der II. These deutlich zum Ausdruck, indem hier die Versorgung der Trunksüchtigen einmal in Krankenanstalten, zum andern in Irrenanstalten als geeignet und nothwendig empfohlen wird. Es wird also mit anderen Worten gesagt: Trunksüchtige sind Kranke, in vielen Fällen Geisteskranke. Es erübrigt sich daher meiner Ansicht nach zur These 1 einen besonderen Zusatz über die Beziehungen von Trunksucht zur Geisteskrankheit zu machen.

Bei der Abstimmung weist Herr *Burghardt* darauf hin, dass im Statut des Psychiatrischen Vereins zu Berlin Bestimmungen über die Art der Abstimmung, welcher Grad der Majorität zur Annahme eines Antrages genüge, fehle. Diese Regelung nicht nach Gewohnheit, sondern direktem Ausdruck werde erwünscht bei Abstimmungen über Fragen, deren Entscheidung in der Wirkung sich auf den Verein nicht so beschränkt. Er glaubt unter ausdrücklichem Bemerken, dass hier keine Petition vorliegt, an den Antrag *Laehr* der 19. Versammlung dieses Vereins am 16. März 1874 erinnern zu sollen.

Der Vorsitzende bemerkt hierauf, dass über die weitere Behandlung der Angelegenheit vorläufig besondere Massnahmen noch nicht in Aussicht genommen sind.

Bei der Abstimmung werden die Anträge der Herren *Falkenberg*, *Baer* und *Wulffert* abgelehnt und darauf These 1 in der Fassung der Commission angenommen.

Zu These 2 bemerkt Herr *Moeli:* Der Wortlaut der These 2b erfordere, wenn nicht „nach Art der allgemeinen Krankenanstalten" und „im Charakter der Irrenanstalten" ganz wegfallen solle (abgesehen davon, dass man wohl sagen würde „Anstalten für Geisteskranke"), doch noch eine gewisse Erläuterung.

Es könne durch die Worte „geschlossen, im Charakter der Anstalten für Geisteskranke" bei Laien leicht der Irrthum hervorgerufen werden, als wenn solche Anstalten nur geschlossene Räume hätten und so die Meinung aufkommen, dass die unter b angeführten „geschlossenen" Sonder-Anstalten für Trunksüchtige überhaupt keine offenen Abtheilungen haben dürften. Auch die jetzt in den Anstalten für Geisteskranke befindlichen Alkoholisten würden aber natürlich, soweit angängig — namentlich im weiteren Anstaltsaufenthalt — ohne Abschluss, in „offenen" Häusern — Landhäusern — behandelt. Dies solle bei „geschlossenen" Anstalten nicht fortfallen. „Geschlossene" bezieht sich wie bei den Anstalten für Geisteskranke nicht so sehr auf die Räume, als auf das Recht etwaiger Zurückhaltung.

Herr *Wulffert* beantragt in These 2 folgende Fassung:

In den allgemeinen Krankenanstalten und Kliniken, welche Alkoholiker in erheblicher Zahl aufnehmen, soll die Kostordnung die alkoholischen Getränke ausschliessen und der Alkohol nur als Medicin auf jedesmalige ärztliche Verordnung verabreicht werden.

Der Antrag wird abgelehnt und These 2 Abs. 1 angenommen.

Zu These 2 Abs. 2 beantragt Herr *Hans Laehr* die Worte „zur Heilung des Alkoholismus" einzufügen, sodass der Satz lautet: Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten, welche Alkoholisten zur Heilung des Alkoholismus aufnehmen u. s. w.

Herr *Baer:* Das Princip der Abstinenz ist zweifellos bei der Behandlung von Alkoholisten nothwendig — aber als Directive für die Behandlung dieses Princip vorzuschreiben, es als Dogma hinzustellen, kann nicht ganz gebilligt werden. Die Abstinenz bei der Behandlung ist doch immer nur eine Methode der Behandlung und eine Anstaltsbehandlung kann wohl nicht decretirt werden.

Herr *Baer* beantragt daher den Satz: „Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten" — bis „als die Regel gelten" zu streichen.

Herr *Jolly* hält die Vorschrift der Abstinenz für allgemeine Krankenanstalten als allgemeinen Satz für unzulässig.

Herr *Zinn* schlägt vor, den zweiten Satz des Absatzes der These 2 so zu fassen: Auch in den allgemeinen Krankenanstalten u. s. w. empfiehlt

es sich, besondere Abtheilungen für diese Kranken einzurichten und in denselben den Grundsatz der Abstinenz zur Geltung zu bringen,

Herr *Waldschmidt*: These 2 Absatz: Herrn *Zinn* stimme ich darin vollkommen bei, dass Sie bei Weglassung des 2. Satzes in These 2 dem Vordersatze nur eine erhöhte Bedeutung geben und Sie Ihren Willen, nur noch präciser kundthun, dass Alkoholisten in Special- d. h. Trinkerheilanstalten untergebracht werden sollen — ich persönlich kann damit zufrieden sein, wir glaubten nur, durch Hinzufügung des zweiten Satzes den verschiedenen Verhältnissen gewisse Concessionen machen zu sollen.

Herr *Guttstadt* spricht sich für den *Laehr*'schen Antrag aus.

Bei der Abstimmung erfolgt die Annahme des *Baer*'schen Antrags. These 3 Abs. 1 wird angenommen.

Zu Absatz 2 bemerkt Herr *Jolly*, dass es sich empfehle, auszusprechen, es sollten zur zwangsweisen Unterbringung der Trunksüchtigen in Anstalten Aufnahmebestimmungen massgebend sein, „ähnlich“ wie für Irrenanstalten.

Herr *Waldschmidt*: Es ist seitens der Kommission so verstanden, dass Bestimmungen analog den verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen für die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken in Irrenanstalten geschaffen werden mögen.

Herr *Baer* stellt den Antrag zu setzen: Zur zwangsweisen Unterbringung und Zurückhaltung auch von freiwillig sich Meldenden sind u. s. w.

Herr *Waldschmidt* bemerkt, ob es sich nicht empfehle, auch für die offenen Anstalten das Detentionsrecht zu verlangen.

Herr *Baer* theilt mit, dass in England bei Freiwilligen nur in concessionirten Anstalten das Detentionsrecht bestehe. Es dürfte sich empfehlen, die Bestimmung in Aussicht zu nehmen, dass, wenn für den einzelnen Fall die Anstalt es verlange, das Detentionsrecht ausgesprochen werden könne.

Herr *Guttstadt* hält es für rathsam, dass bei Aufschub der Entmündigung die zwangsweise Unterbringung eines Trunksüchtigen in einer Anstalt erfolge; es müsse daher die Aufnahme auf behördlichem Wege erfolgen; es seien alsdann die Armenverwaltungen in der Lage, auf die Einzelnen einen Druck ausüben zu können. Er beantragt für den Absatz 2 folgende Fassung: Zur zwangsweisen Unterbringung sind Bestimmungen analog den für die Anstalten für Geisteskranke geltenden zu treffen. Sie sind mit Rücksicht auf die durch das B. G. B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

Nachdem Herr *Baer* seinen Antrag zurückgezogen, wird der Antrag des Herrn Guttstadt angenommen.

Der Vorsitzende verweist zu 4 einleitend darauf, dass, wenn der Lübecker Satz 2 die Pflicht der Armenverbände zur Heilbehandlung hilfsbedürftiger Trunksüchtiger anerkennt, er dies mit der ausdrücklichen Beschränkung thut, „soweit die Trunksucht sich im Einzelfalle als Krankheit

darstellt". Hier sei also doch die von Herrn *Schäfer* besonders betonte Beziehung als Krankheitszustand in den Vordergrund gestellt worden. — Ausserdem bedürfe 4 einer besondors vorsichtigen Fassung. Auf den ersten Blick würden die Geldaufwendungen für solche Anstalten mehr ins Auge fallen, als der Nutzen. Umsomehr bestehe die Verpflichtung, in sorgfältigster Weise zu erwägen, wie weit und unter welchen Voraussetzungen auch bei entmündigten oder zu entmündigenden oder bei den andern, zum grossen Theil auch geistig geschädigten Trunksüchtigen von diesen Anstalten noch eine solche Wirkung erwartet werden kann, dass man ihre Gründung auf öffentliche Kosten verlangen könne. Daher müssten auch die Einzelheiten und Bedingungen des Betriebes festgelegt werden, denn davon hänge der Erfolg ab. Der Vorsitzende bringt eine Mittheilung des Herrn *Schäfer* zu Satz 4 zur Kenntniss, wonach derselbe es für erforderlich hält, die Voraussetzung hinzuzufügen, dass die Vereine die Bedingung der These 5 erfüllen und die Verbände nicht lieber selbst Trinkeranstalten errichten.

Herr *Waldschmidt:* Was die These 4 anbelangt, so habe ich meine persönlichen, in der kleinen Ihren vorliegenden Abhandlung geäusserten Wünsche (bez. der staatlichen Antheilnahme an den Kosten ähnlich wie im Fürsorgeerziehungsgesetz vorgesehen) gegen den Willen der Kommission zurückgestellt. Ich erkenne an, dass man den Erlass neuer Gesetze möglichst vermeiden und etwaige Massnahmen an bestehende Bestimmungen thunlichst anlehnen sollte. Es würde die Fürsorge für Trunksüchtige in mancher Hinsicht durchaus mit der Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische u. s. w. zu verschmelzen sein, deshalb würde auch ich die Versorgung nach dem Gesetz vom 11. Juli 1891 empfehlen können.

Herr *Jolly* sowie Herr *Baer* beantragen, die ganze These 4 zu streichen.

Herr *Wulffert* schlägt vor, dafür die These 5a des Herrn *Schäfer* aufzunehmen.

Herr *Jolly* unterstützt diesen Antrag und wird darnach statt der These 4 der Kommission die These 5a des Herrn *Schäfer* mit folgendem Wortlaut angenommen: „Behufs Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung öffentlicher Anstalten für Trunksüchtige ist der schleunige Erlass von Landesgesetzen erforderlich, welche die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten, sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in denselben in der Weise ordnen, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen u. s. w. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschehen ist."

These 5 wird angenommen.

These 6.

Herr *Moeli* spricht der Wirksamkeit der Vereine einen für die meisten Fälle gar nicht entbehrlichen Antheil bei der Behandlung Trunksüchtiger zu. Handelte es sich um Massregeln gegen die Trunksucht im Allgemeinen, so dürfte die Wirksamkeit der Enthaltsamkeitsvereine

nicht nur beiläufig erwähnt, sondern müsste mit in den Vordergrund gestellt werden. Ein derartiges Vorgehen würde er durchaus unterstützen. Heute handle es sich nur um Anstalten für Trunksüchtige, so dass man zur Anführung der Vereine hier nicht gezwungen sei.

Ebenso wichtig, wie die Wirksamkeit der Vereine bei der Fürsorge für Trunksüchtige sei bezüglich des Entmündigungs-Verfahrens, mit dem sich dieser Satz 6 beschäftige, die No. 3 von Hrn. *Schäfer* über Heranziehung eines ärztlichen Sachverständigen. Auch seiner Meinung nach rechtfertige die Häufigkeit psychischer Abweichungen bei denjenigen Trunksüchtigen, bei welchen die Entmündigung auf Gruud des in 6, 3 angeführten Verhaltens eingeleitet wird, durchaus diesen Wunsch. Aus dem eben erwähnten Grunde aber, der Beschränkung der heutigen Besprechung auf die Anstalten, dürfe man auch diesen Punkt für heute zurückstellen.

Herr *Wulffert* beantragt, noch aufzunehmen, dass der Richter einen Aufschub der Entmündigung eintreten lassen könne, wenn der Trunksüchtige einem satzungsgemäss mit Trinkerheilung sich beschäftigenden Abstinenzvereine beitrete.

Der Antrag wird von dem eben erläuterten Standpunkte aus, nur Anstalten für Trunksüchtige zu besprechen, abgelehnt und die These 6 angenommen.

Die angenommenen Thesen lauten also:

1. Specialanstalten für Trunksüchtige sind nothwendig.

2. Diese Specialanstalten können
   a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten,
   b) geschlossene, im Charakter der Anstalten für Geisteskranke

sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Specialanstalten geeignet, welche das Princip der Abstinenz bei sämmtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in Anstalten kann
   a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden,
   b) zwangsweise erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind Bestimmungen analog den für die Anstalten für Geisteskranke geltenden zu treffen. Sie sind mit Rücksicht auf die durch das B. G. B. geschaffene Rechtslage durch behördliche liche Verordnung zu regeln.

4. Behufs Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung öffentlicher Anstalten für Trunksüchtige ist der schleunige Erlass von Landesgesetzen erforderlich, welche die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten, sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in denselben in der Weise ordnen, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen u. s. w. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschehen ist.

5. Die Leitung von Specialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

6. Es ist wünschenswerth, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses (§ 681 C. P. O.) bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Specialanstalt, thunlichst oft Gebrauch macht. *Gock.*

Die forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

54. Sitzung am 22. März 1900.

Dr. *Stegmann* referirt über einen Aufsatz von *Mönckemöller* in der Zeitschrift für Psychiatrie — Bd. 56 Heft 1, S. 14 — „Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt“ (Herzberge). Das Material der Anstalt besteht aus Knaben zwischen 6 und 12 Jahren, die zur Zwangserziehung verurtheilt sind (St. G. B. § 55), ferner aus solchen Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren, die nach verbüsster Strafe (§ 57) vom Vormundschaftsgericht der städtischen Erziehung überwiesen werden, ferner aus verwahrlosten Kindern, bei denen die Eltern oder das Vormundschaftsgericht den Antrag der Unterbringung gestellt haben, endlich aus Waisenknaben, die in anderen Verhältnissen nicht zu halten sind. Diejenigen Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren, bei denen eine Verurtheilung mangels Strafbarkeitseinsicht nicht stattfindet (St.-G.-B. § 56), kommen in staatliche Besserungsanstalten. *Mönckemöller* fand bei 500 untersuchten Zöglingen nur 83 geistig Normale, die Uebrigen an Schwachsinn, Epilepsie, Hysterie, traumatischer Geistesstörung und Paranoia leidend. Als Ursache, die die Kinder in den meisten Fällen auf die Verbrecherlaufbahn bringt, bezeichnet Verfasser das Milieu, in dem sie aufgewachsen sind (mangelhafte Erziehung, traurige Familienverhältnisse pp.). Er verlangt, dass jeder in die Anstalt Aufgenommene von einem Psychiater untersucht und auf Grund des Untersuchungsbefundes innerhalb der Anstalt eine Trennung der psychisch Abnormen von den Normalen durchgeführt wird. Ferner hält er es für zweckmässig, dass die Thätigkeit der Anstalt nicht über ein bestimmtes Alter hinaus ausgedehnt wird und die Knaben nach dem 14. Jahre am besten in eine Lehre gegeben werden.

Referent ist der Meinung, dass nach den *Mönckemöller*'schen Vorschlägen auch die angestrebten besonderen Anstalten für vermindert Zurechnungsfähige einzurichten sind.

55. Sitzung am 26. April 1900.

Oberarzt Dr. *Ilberg:* Die forensische Bedeutung der Epilepsie.

Auf 1000 Einwohner kommen in Deutschland 1—2 Epileptiker. Viele Epileptiker sind harmlos, manche gerathen jedoch mit dem Gesetze in Conflict, und zwar begehen Epileptiker sowohl vor, bei und nach ihren Anfällen, als auch in der anfallsfreien Zeit erfahrungsgemäss bestimmte Delikte, deren Wesen den Juristen und den Gerichtsärzten — ersteren wenigstens in den allgemeinen Zügen — bekannt sein muss. Der Vortragende schildert zunächst das Krankheitsbild der Ep. gravis, die Vorläufersymptome, die nächtlichen Anfälle, die Gefahren, die dem Epileptischen im Anfall drohen, geht sodann auf die Ep. mitis ein und beschreibt die Anfälle von petit mal und von vertigo. Darauf behandelt er das epileptische Irresein, das sich aus psychischen Anfällen und aus psychischen Krankheitssymptomen in der anfallsfreien Zeit zusammensetzt. Sehr häufig begehen Epileptische Delicte im epileptischen Irresein; zur Zeit der Untersuchung können sie psychisch ganz anders beschaffen sein als zur Zeit der That, oft fehlt jedes Motiv für das betreffende Verbrechen oder Vergehen, in der Mehrzahl der Fälle ist die Erinnerung an die That mangelhaft.

Das präepileptische Irresein besteht in Reizbarkeit, Angst und Sinnestäuschungen. Hier sind Brandstiftung, Exhibitionismus und Diebstahl nicht selten. Epileptisches Irresein kommt mit totaler Bewusstlosigkeit und mit weniger tiefer Bewusstseinsstörung vor (Dämmerzustände). Letztere treten auf ohne Krampfanfall oder nach Anfall von Ep. gravis oder mitis (post-elipt. Irresein). Nach schweren Dämmerzuständen ist die Erinnerung sehr defect, nach leichten weniger. In schweren Dämmerzuständen sind die Kranken benommen, verkennen die Personen und stehen unter dem Einfluss grauenvoller oder religiös ecstatischer Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Oft irren sie planlos im Freien umher. Dauer: Stunden und Tage. Mittelschwere Dämmerzustände zeigen die Nachtwandler unter den Epileptikern, sie sind halbwach, fassen unvollkommen auf, begehen z. B. oft Diebstähle, von denen sie hinterher nichts wissen; Simulation des Nachtwandelns ist häufig beobachtet worden. Leichte Dämmerzustände haben die allergrösste forensische Bedeutung. weil sich die betreffenden Patienten wenig auffallend benehmen, äusserlich geordnet und scheinbar planvoll handeln: Soldaten gehorchen nicht oder desertieren, Dienstmädchen laufen davon, Manche stehlen geradezu zwangsmässig, Andere zünden Häuser an, Andere begehen Sittlichkeitsdelikte. Aeusserlich erscheinen solche Epileptiker wie zerstreut oder wie leicht angetrunken, aber ihr Bewusstseinsinhalt ist total verändert, willenlos werden sie zu verbrecherischen Handlungen getrieben. Nicht selten veranlassen Sinnestäuschungen zu brutalen Gewaltthaten, Mord oder Selbstmord. Oft begeben sich derartige Patienten auf Reisen und wissen — aus dem Dämmerzustand erwacht — nicht, wie sie an den entfernten Ort gelangt sind. Die Erinnerung ist unmittelbar

nach einer im leichten Dämmerzustande ausgeführten That manchmal noch vorhanden; ist dann der Dämmerzustand vorüber, so fehlt die Erinnerung, sie kann aber wieder zum Vorschein kommen, wenn der Kranke die betreffenden Vorgänge erzählen hört. Nach schweren Bewusstseinstrübungen ist die Erinnerung mangelhaft, meist fehlt sie ganz. Zuweilen fehlt sie auch für die Ereignisse in der dem Beginn des Anfalls vorausgehenden Zeit. Die Dauer leichter Dämmerzustände kann Stunden und Tage, ja Wochen betragen. Alle epileptischen Dämmerzustände wiederholen sich in der Regel oft, in einigen Fällen treten sie nur wenige Male im Leben auf. Die verschiedenen Anfälle bei demselben Individuum können einander sehr ähnlich sein. Rein psychische Anfälle ohne Zeichen der Epilepsia gravis oder mitis können pro foro nur angenommen werden, wenn die betreffende Person sonst im Leben an Krampfanfällen oder Absencen leidet. Das epileptische Delirium, welches postepileptisch oder als Aequivalent auftritt, ist durch sehr deutliche Hallucinationen, Angst, Gereiztheit, religiöse oder Verfolgungsideen mit nachher lückenhafter oder fehlender Erinnerung charakterisirt. Es dauert Stunden, Tage oder Wochen. Plötzliche Gewaltthaten, sinnlose Zerstörung von Sachen, Tödtung von Menschen, Selbstmorde oder entsprechende Versuche wurden beobachtet. Bei Epileptikern treten auch periodisch Anfälle von gemüthlicher Depression ohne Bewusstseinsstörung auf, bei denen bald mehr Verfolgungswahn, bald mehr Angst, Lebensüberdruss, Hemmung oder Versündigungswahn vorherrschen. Beginn oft früh morgens, Dauer einige Stunden bis Tage. Wiederkehr schon nach Wochen oder erst nach vielen Monaten. In diesen Depressionszuständen besteht oft grosse Sucht nach alkoholischen Getränken, Alkohol ruft aber hier schwere Rauschzustände hervor.

Alkoholika lösen auch typische Krampfanfälle oder Anfälle von epileptischem Irresein aus. Epileptiker begehen unter ihrem Einfluss Beleidigungen, Majestätsbeleidigungen, Körperverletzungen, Anstiftung zu Aufruhr, Widerstand gegen die Staatsgewalt etc. Die Vergehen der Epileptiker in den Rauschzuständen sind entsprechend den mehr oder minder krankhaften Erscheinungen und der psychischen Grundbeschaffenheit des Einzelnen zu beurtheilen. Bei sogen. pathologischen Rauschzuständen, bei Rauschzuständen in der Intelligenz bereits veränderter Menschen ist für Straffreiheit zu plaidiren, andernfalls wird man höchstens für mildernde Umstände wirken können. Epileptische sind in durch Alkohol ausgelösten oder verschlimmerten psychischen Krankheitszuständen gefährlicher als in hierdurch nicht beeinflussten Fällen; Sittlichkeitsdelikte, Gewaltthätigkeiten etc. sind hier besonders brutal. Die Nützlichkeit der Totalabstinenz der Epileptiker wird eingehend begründet. Die Schädlichkeit des Alkoholmissbrauchs der Eltern für die Kinder wird namentlich in Bezug auf deren Erkrankung an Epilepsie gekennzeichnet. Es wird daran erinnert, dass Alkohol auch beim nichtepileptischen Potator strenuus zuletzt epileptische Anfälle bewirken kann, dass Krämpfe im Delirium tremens nicht selten

den Tod verursachen und dass dies besonders leicht bei Menschen vorkommt, die eine Kopfverletzung erlitten haben.

Viele Epileptiker sind — abgesehen von den Anfällen, deren Vorboten und Nachwehen — psychisch gesund, daher zurechnungs- und handlungsfähig. Die Mehrzahl jedoch bietet manchmal bald, manchmal erst später die Eigenthümlichkeiten einer dauernden Geistesstörung: die epileptische Degeneration. In diesem Falle kommt es nach und nach zu Schwachsinn, der Wissenssatz schrumpft immer mehr zusammen, die geistige Leistungsfähigkeit wird immer geringer, die Kranken werden stumpf, vergesslich, beschränkt, dabei eigensinnig und egoistisch. Ihr Selbstgefühl steigt, ihre Stimmung ist bald heiter, bald düster; grosse Neigung zu religiösen Vorstellungen bildet sich aus. Degenerirte Epileptiker sind reizbar, schreiten schnell zu Gewaltthaten und sind ausserordentlich lügenhaft. Wegen dieser Neigung zum Entstellen der Wahrheit sei man sehr vorsichtig mit ihrer Vereidigung. Viele sind weder zeugniss- noch eidesfähig. Oft sind degenerirte Epileptiker wegen Meineids unrichtiger Weise schwer bestraft worden.

Gar viele Epileptiker sind moralisch defekt; unter Zuhältern und Prostituirten finden sich Epileptiker nicht selten. Auf den Wandertrieb der Epileptiker wird speciell eingegangen. Es wird daran erinnert, dass in den Corrections- und Strafanstalten sehr viele Epileptiker sind. Die Beurtheilung ist oft sehr schwer, wenn kein ausgesprochener Schwachsinn besteht, wenn die Betreffenden aber von Jugend an verwahrlost sind und ein Zusammenhang zwischen vorhandener Epilepsie und ausgeführtem Delikt nicht nachweisbar ist.

Epilepsie ist an und für sich kein Entschuldigungsgrund für strafbare Handlungen in der anfallsfreien Zeit. Der Nachweis gleichzeitiger psychischer Krankheit muss in jedem einzelnen Falle erbracht werden. Die Combination von Epilepsie und epileptischem Irresein bei demselben Menschen ist ausserordentlich häufig. Jedem Epileptiker möchten jedoch mildernde Umstände zuzubilligen sein, leider ist dies nicht bei allen Delikten möglich, da es z. B. bei manchen Formen von Meineid keine mildernden Umstände giebt. Uebrigens ist Simulation von Epilepsie nichts Seltenes.

Die Handlungsfähigkeit geisteskranker Epileptiker ist aufgehoben, wenn bei ihnen fortgeschrittene epileptische Degeneration, namentlich Demenz besteht. Auch bei Kranken mit häufig wiederkehrenden schweren psychischen Anfällen kann die Entmündigung wegen Geisteskrankheit geboten sein, während bei leichter epileptischer Degeneration die Entmündigung wegen Geistesschwäche angezeigt ist. In Folge der gesteigerten Suggestibilität geistesschwacher Epileptiker kann leicht eine Beeinflussung bei Abschliessung eines Kaufvertrags oder Abfassung des Testaments zu Gunsten Unberechtigter erfolgen. (Autoreferat.)

56. Sitzung am 16. Juni 1900.

Besichtigung der Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen.

57. Sitzung am 12. Juli 1900.

Krankenvorstellung durch Hofrath Dr. *Ganser*.

1. Fall von erblicher Degeneration in der Form des moralischen Schwachsinns. 32jähriger Mann aus gebildeter Familie, erblich belastet von Vaters und Mutters Seite. Schon als Kind auffällig, phantastisch, reizbar, machte als Knabe zwei Selbstmordversuche; lernte gut, schien begabt, besuchte Gymnasium bis Quarta, dann das Lehrerseminar, wurde weggeschickt wegen Unterschlagung des Schulgeldes, zu einem Schlosser in die Lehre gegeben, lief weg, nachdem er verschiedenes zerstört hatte, kam auf Unteroffizierschule, zeigte dort überspanntes, anmassendes Wesen, machte aus verletzter Eitelkeit einen Selbstmordversuch, schien zeitweise zu hallucinirен. Als Unteroffizier zur Truppe versetzt war er verschwenderisch, hatte phantastische Einbildungen, behauptete, er habe Dienst beim Könige, der König habe mit ihm gesprochen, klagte in einer Eingabe an den Kaiser seinen Hauptmann ohne Grund entehrender Handlungen an, kam in Arrest, verfiel in einen heftigen Aufregungszustand mit Hallucinationen, sah überall seinen Hauptmann, der mit gezogenem Säbel auf ihn zukam, war über 1 Jahr in verschiedenen Irrenanstalten. In ruhigem Zustande, frei von Hallucinationen entlassen, wanderte er nach Amerika aus, wurde aber nach 1½ Jahren angeblich nach verschiedenen abenteuerlichen Schicksalen zurückbefördert, meldete sich selbst als Geisteskranker und hat seither 6 Jahre mit geringen Unterbrechungen in Irrenanstalten zugebracht. Die früheren angeblichen Wahnideen und Hallucinationen erklärt er bald für simulirt, bald für echt; jedenfalls ist er seither von Wahnvorstellungen, Hallucinationen und gröberen Störungen der Intelligenz völlig frei geblieben. Verschiedene Versuche, mit Hülfe der Angehörigen und Fremder zu einer Erwerbsstellung zu gelangen, missglückten nach kurzer Zeit; anfangs schien er sich Mühe zu geben und ordentlich zu leben, alsbald aber wurde er masslos genusssüchtig, ausschweifend, verschwenderisch, roh und gemein, ja bedrohlich gegen seine Mutter, und kehrte in die Anstalt zurück, nachdem er sich durch irgend einen besonders eklatanten Streich draussen unmöglich gemacht hatte. Er ist faul, lügenhaft, unzuverlässig und treulos, verläumderisch, eitel und grosssprecherisch, eingenommen von sich, seinen Fähigkeiten und Ansprüchen, selbstgefällig und schauspielerisch in grossartigen Affecten und in frechem Auftreten, völlig gemüthlos, roh und gemein gegen seine Mutter, schamlos für die ehrlosen Handlungen, die er begangen hat, ein moralischer Idiot ohne gröbere Störungen der Intelligenz.

2. Fall von periodischer Manie.

58. Sitzung am 11. October 1900.

Krankenvorstellung durch Hofrath Dr. *Ganser*.

1. Fall von fortschreitender Hirnlähmung im Anfangsstadium unter manischem Zustandsbilde; 62jährige Frau mit vorwiegend erotischer Erregung, Ideenflucht und charakteristischen körperlichen Krankheitserscheinungen.

An die Vorstellung werden Bemerkungen über die gerichtsärztliche Bedeutung leichter manischer Erregungszustände geknüpft.

2. Fall von Gedächtnissschwäche vorwiegend auf moralischem Gebiete. 21jähriger Mann aus ordentlicher Familie, erblich nicht belastet, seit seinem 10. Lebensjahre criminell, erst durch Betteln und Vagabundiren, dann durch Diebstähle; in den Strafanstalten Widersetzlichkeit und fortwährende Disciplinirung. Grosse Reizbarkeit neben gemüthlicher Stumpfheit, elementare Kenntnisse gut, Urtheil schwach.

59. Sitzung am 15. November 1900.

1. Referat des Amtsrichters Dr. *Herrmann* über: „Dr. *Rudeck*, Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht." Jena. Hermann Costenoble. 1900. Das Buch, dessen Vorzüge und Mängel Referent hervorhob, hat den Zweck, Aerzte und Laien über die juristische Bedeutung der Geschlechtskrankheiten (Syphilis und Gonorrhoe werden in dieser Beziehung völlig gleich behandelt) aufzuklären, und zerfällt in zwei Theile, den ersten, als Haupttheil bezeichneten: „Die Geschlechtskrankheiten und das öffentliche Recht" und den zweiten mit der Ueberschrift: „Die Geschlechtskrankheiten und das Eherecht". Referent bespricht den wesentlichsten Inhalt der einzelnen Kapitel, giebt die einschlägigen Bestimmungen der deutschen und, soweit nothwendig und möglich, auch der österreichischen und schweizerischen Gesetzgebung und Rechtsprechung wieder und verliest einige der vom Verfasser mitgetheilten, drastischen Fälle, insbesondere bei Besprechung der sogen. Syphilis der Unschuldigen.

2. Assessor *Oertel* referirt und zwar zu a, b, d, f, g eingehender über die in Heft 1 des 1. Jahrgangs der Vierteljahresschrift „Der Alkoholismus" enthaltenen Abhandlungen:

a) „Der Kampf gegen die Trunksucht im 19. Jahrhundert" von Geh. Sanitätsrath Dr. *Bär* in Berlin.

b) „Die Alkoholfrage vom Standpunkte der Volkswirthschaftslehre und Statistik" von Prof. Dr. *Böhmert* in Dresden.

c) „Ueber den schädigenden Einfluss des Alkohols auf die Organe und Functionen des menschlichen Körpers" von Prof. Dr. *Grawitz* in Charlottenburg.

d) „Alkoholismus und Lebensversicherung" von Dr. jur. *Emminghaus* in Gotha.

e) „Ueber den heutigen Stand unserer klinischen Kenntniss des Alkoholismus" von Dr. *Smith* in Marbach am Bodensee.
f) „Heilung oder Ernüchterung?" von *G. Asmussen* in Hamburg.
g) „Alkoholismus in Correctionsanstalten" von Dr. *Snell* in Wunstorf.
h) „Ueber den Einfluss des Alkohols auf den ermüdeten Muskel" von Prof. Dr. *Schenk* in Würzburg.
i) „Eine Vereinigung der deutschen Heilstätten für Trunksüchtige" von Dr. *Bratz* in Wuhlgarten-Berlin.

60. Sitzung am 13. December 1900.

Dr. med. *Weisswange*: „Die Prostitutionsfrage in Dresden" (in den letzten 50 Jahren). 1853 ging die Handhabung der Sittenpolizei auf die Polizei-Direction über. Es bestanden eine Anzahl Bordelle und ein Kupplerregulativ, das mit Einführung des St.G.Bs. (§ 180) fiel; das Bordellwesen wurde modificirt. 1888 wandte sich eine Anzahl Bewohner der Zahnsgasse wegen Untersagung des Vermiethens an Prostituirte an die Polizei-Direction und schliesslich an das Ministerium des Innern, welches auf einen die Vortheile und Nachtheile der Bordelle beleuchtenden Bericht der Polizei-Direction hin sich für Beseitigung der Bordelle in Dresden entschied und den übrigen Kreishauptmannschaften entsprechende Verfügungen anheimgab. So wurden in Dresden bis 1. Januar 1890 die Bordelle allmählich beseitigt. 1894 wurden auf Anregung der Commandantur über das Wohnen der eingeschriebenen Prostituirten und deren ärztliche Untersuchung strengere Massregeln getroffen. 1897 ging der Stadtrath, an den sich die Stadtverordneten und der seinerseits sich an die Polizei-Direction wegen gewisser Beschränkungen hinsichtlich des Wohnens der Prostituirten gewandt hatte, den Aerztlichen Bezirksverein für Dresden-Stadt um ein Gutachten an. Die beiden Referenten waren Dr. *Werther* und Dr. *Galewsky*, die sich in ihren eingehenden Referaten, deren wesentlichen Inhalt der Herr Vortragende mittheilt, zu Gunsten der Bordelle aussprechen. Auf Grund der Referate und der sich anschliessenden Discussion fasste der ärztliche Bezirksverein sein Gutachten in folgende Beschlüsse zusammen:

1. Die Prostitution ist die Hauptquelle der ansteckenden Geschlechtskrankheiten.

2. Ihre sanitätspolizeiliche Ueberwachung ist wirksam und nothwendig, daher möglichst gründlich und umfassend zu gestalten.

3. Die Prostitutionsverhältnisse in Dresden sind der Verbesserung bedürftig und fähig.

4. Das Zusammenwohnen mehrerer Prostituirter in wirthschaftlicher Abhängigkeit von einem Unternehmer (Bordell) hat zweifellose sanitätspolizeiliche Vortheile, doch lehnt es der ärztliche Bezirksverein ab, sich für oder gegen die Wiedereinführung von Bordellen auszusprechen mit Rücksicht auf Bedenken, die auf nicht ärztlichem Gebiete liegen. Dagegen

empfiehlt er die sonstigen Formen „örtlicher Concentrirung auf bestimmte Häuser und bestimmte, vom grossen Verkehr nicht berührte Strassen“, weil diesen bei allerdings geringeren Vorzügen derartige Bedenken weniger anhaften.

Der Rath hat sich daraufhin in diesem Sinne unter Vermittelung der Kreishauptmannschaft an das Ministerium des Innern gewandt und zugleich die Bitte vorgetragen, die Polizei-Direction zu ermächtigen, die frühere Prostituirten-Krankenkasse wieder ins Leben zu rufen.

Dies ist der jetzige Stand der Dresdener Prostitutionsfrage.

Der Vortragende legt sodann seinen eigenen Standpunkt dar und spricht sich insbesondere aus für Kasernirung der Prostituirten, Verlegung der Bordells an die Peripherie der Stadt, strenge Regelung der Bordellverhältnisse (Taxen, die anzuschlagen sind; $^1/_3$ derselben an den Wirth, $^2/_3$ an die Mädchen; kein Zwang für die Mädchen, den Beischlaf öfter auszuüben, als es ihnen passt; häufige, mindestens 4tägige ärztliche Untersuchung der Mädchen in den Häusern selbst; Untersuchung der Männer wie in Japan).

61. Sitzung am 17. Januar 1901.

1. Referat des Amtsgerichtsraths Dr. *Weingart*: „Die Polizei im Lichte des Processes Sternberg. Eine psycho-pathologische Studie.“

2. Assessor *Oertel* referirt über die in Heft 2 des 1. Jahrgangs der Vierteljahresschrift „Der Alkoholismus“ enthaltenen Abhandlungen und Mittheilungen:

a) „Die Mitarbeit der evangelischen Kirche an der Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs im Jahre 1899“ von Dr. *Martius*.

b) „Katholische Mitarbeit in der Mässigkeitsbewegung im Jahre 1899“ von Vikar *Neumann*.

c) „Weiteres über Alkohol und Tuberkulose“ von Dr. med. *Liebe*.

d) „Die Erhöhung der Kriegstüchtigkeit eines Heeres durch Enthaltsamkeit vom Alkohol“ vom Oberstabsarzt *Matthei*.

e) „Die Trunksucht unter den deutschen Landarbeitern nach der Enquête des Vereins für Socialpolitik im Jahre 1892“ von Dr. *Grotjahn*.

f) „Ueber die Ergebnisse des „Samlags“-Systems in den norwegischen Städten“ von *Kiär*.

g) „Ursachen der Trunksucht und Mittel zur Bekämpfung derselben“ von Landesrath *Klausener*.

h) „Statistische Beiträge zu den Beziehungen zwischen Trunksucht und Geistesstörung“ von Dr. *Hoppe*.

i) „Trunksuchtsgesetz und Trinkerversorgung in Oesterreich.“

62. Sitzung am 14. Februar 1901.

1. Krankenvorstellung durch Dr. *Ganser*: Fall von hysterischem Dämmerzustande. 28jähriger Mensch mit zahlreichen Strafen, aus der Untersuchungshaft zugeführt unter dem Verdachte der Simulation.

2. Dr. *Becker* berichtet über einen interessanten Fall von Selbstbezichtigung einer 50jährigen hysterischen Frau, der die hiesige Staatsanwaltschaft und das hiesige Landgericht beschäftigt hat.

Dr. *Ganser*. Amtsrichter Dr. *Herrmann*.

Literatur.

***Wilhelm Weygandt*, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. München, Lehmann's Verlag, 1902. 663 Seiten.**

Der Lehmann'sche Verlag ist bekanntlich seit einiger Zeit mit grossem Geschick und Erfolg thätig, für die einzelnen Disciplinen der Medicin Handatlanten in Verbindung mit kurzgefassten Lehrbüchern herauszugeben. Das vorliegende Werk des Würzburger Psychiaters ist der XXVII. Band der Sammlung. *Morison* war wohl der Erste, welcher in seinen, in erster Auflage im Jahre 1825 in London erschienenen Outlines of mental diseases Abbildungen in grösserer Zahl von Geisteskranken brachte. Diese Sketches of the physiognomy of mental diseases beanspruchen wohl auch heute noch mehr als historisches Interesse. Einige von ihnen stammen aus der Sammlung von *Esquirol*. *Esquirol* selbst gab die Maladies mentales mit dem Atlas de 27 Planches gravées erst 1838 in Brüssel bei Tircher heraus. Zu gleicher Zeit, und später bis zum Jahre 1840 erschien dann The physiognomy of mental diseases von *Morison*, welche *Weygandt* in seiner Vorrede erwähnt. Seitdem sind Zusammenstellungen von Abbildungen psychiatrischen Inhalts in grösserem Umfange wohl nicht mehr erschienen bis in diesem Jahre. Zuerst kam *Alber*'s Atlas der Geisteskrankheiten im Verlage von Urban und Schwarzenberg, im Anschluss an *Sommer*'s Diagnostik der Geisteskranken, mit 110 Illustrationen. *Alber* kam es nur auf die Abbildungen an; der Charakter des Buches als Atlas musste demnach gewahrt bleiben; daher musste der Text selbst auf das Nothwendigste beschränkt werden. Die Bilder sind zum Theil recht nett; die Auswahl ist im Ganzen geschickt. *Alber*'s Atlas würde sicher mit noch grösserer Freude begrüsst worden sein, wenn nicht beinahe gleichzeitig *Weygandt* mit seinem Atlas erschienen wäre. Das Bessere ist überall des Guten Feind! *Weygandt* verbindet ausserdem mit seinem Atlas noch einen Grundriss der Psychiatrie. Der Atlas setzt sich zusammen aus 24 farbigen Tafeln nach Originalen von Maler Joh. Fink und Maler W. Freytag und 276 Textabbildungen. Die Abbildungen sind

mit grossem Geschick ausgewählt, durchweg gut, zum Theil grossartig gelungen. Ohne viel Mühe sieht man den meisten an, ohne den Text zu kennen, was sie darstellen sollen. Theilweise sind die Bilder so sprechend ähnlich, dass selbst Laien, welche allerdings gewohnt oder gezwungen sind, mit Geisteskranken umzugehen, z. B. Irrenpfleger, die Diagnose richtig stellten. Der Atlas ist auf alle Fälle ein sehr brauchbares Ergänzungsmittel für den klinischen Unterricht, sowohl für den Docenten, welcher nicht immer das zur Vorlesung nöthige lebende Material zur Hand hat, wie für den Studirenden zur festeren Einprägung resp. weiteren Ergänzung des im Colleg Gesehenen. Auch der praktische Arzt wird das Werk nicht unbefriedigt oder ohne Nutzen aus der Hand legen. Der Text entspricht, wie nicht anders zu erwarten, den klinisch-psychiatrischen Anschauungen *Kraepelin*'s. *Weygandt* ist Schüler von *Kraepelin*, ein grosser Theil der Abbildungen stammt auch aus dem Mekka der modernen Psychiater. In knapper, präciser Form giebt uns *W.* eine Darstellung der gesammten Psychiatrie nach jeder Richtung hin, einschliesslich der Literatur. Auf die praktisch-diagnostische Seite ist besonderer Nachdruck gelegt; 143 zum grossen Theil selbst beobachtete Krankengeschichten erläutern das Ganze. Auch forensisch-psychiatrische Fragen werden berührt. Wichtigeres scheint nicht übergangen zu sein. Das Werk kann mit gutem Gewissen weitesten Kreisen empfohlen werden. *Weygandt*'s Atlas gehört jedenfalls mit zu den besten, die bisher in der Lehmann'schen Sammlung erschienen sind.

Umpfenbach.

Kleinere Mittheilungen.

Das Irrenwesen Dänemarks von Dr. *Christian Geill*, Director der Irrenanstalt Viborg.

Bis zum Jahre 1816 wurden in Dänemark die Geisteskranken, die der öffentlichen Fürsorge zufielen, in den sogenannten Tollhäusern verpflegt. Diese waren in der Provinz gewöhnlich mit den alten Stiftshospitälern, in Kopenhagen mit dem Pesthause, dem Armenhause oder, wie es damals hiess, dem St. Hans-Hospital verbunden. Natürlich kann von einer rationellen Behandlung in damaliger Zeit keine Rede sein. Die Tollhäuser waren Gewahrsame, oft in tiefen Kellern liegende Unterkunftsräume, und die Kranken legte man dazu nicht selten der Sicherheit halber in Ketten. Konnte oder wollte eine Gemeinde einen unruhigen Geisteskranken in einem solchen öffentlichen Tollhause nicht unterbringen, so richtete man ihm einen kleinen Käfig ein, der Unglückliche wurde „eingebrettert“. Die Sache war ebenso wohlfeil wie primitiv; die Kosten für Bretter, Nägel und Macherlohn stellten sich um die Mitte des 18. Jahrhunderts in Aarhus auf 2 Rbdr. (= ca. 4 Mark).

Im Jahre 1816 bekam Dänemark seine erste Heilanstalt für Geisteskranke. Die Stadt Kopenhagen richtete auf dem ihr gehörigen Gut Bidstrup bei Roskilde das Hauptgebäude zu einer Irrenanstalt ein, indes die Meierhöfe dazu bestimmt wurden, die Insassen des alten St. Hans-Hospitales aufzunehmen, grösstentheils Gebrechliche, Blinde, Närrische und Epileptische, die durch das Bombardement Kopenhagens 1807 obdachlos geworden waren. Im Anfange hatte die Irrenanstalt grosse Schwierigkeiten zu überwinden. Einerseits erwies sich die doppelte Aufgabe, Siechen und Geisteskranken zu dienen, bei dem stetig wachsenden Andrange der letzteren als unhaltbar, und andererseits trat das Fehlerhafte der in den früheren Tollhäusern beliebten und hier beibehaltenen Einrichtungen — wie eiserne Thüren mit mächtigen Schlössern und Klappen in der Mitte, durch welche den Kranken das Essen zugesteckt wurde, eiserne Stangen und Fensterläden allenthalben — immer klarer zu Tage. Allmählich wurde

man die nicht geisteskranken Insassen durch Todesfälle los, die unglücklichen baulichen Einrichtungen wurden umgestaltet, und man kam über die veraltete brutale Behandlung der Kranken mittels Prügelns, Hungernlassens und sonstiger Torturen hinweg. Die Anstalt stiftete mit ihren ca. 200 Plätzen für heilbare und 275 Plätzen für unheilbare Kranke vielen Segen. Sie bot den heilbaren und unheilbaren Geisteskranken der Hauptstadt Unterkunft und diente zugleich dem grösseren Theile des Landes als Heilanstalt, während für die Geisteskranken aus den Herzogthümern das im Jahre 1820 bei Schleswig eröffnete Asyl bestimmt war. Im Jahre 1860 erhielt Bidstruphof ein neues, zeitgemässes Kurhaus. Mit dessen Erbauung war der Grund zu dem Complexe wohleingerichteter Gebäude gelegt, die das jetzige imponirende St. Hans-Hospital bilden. Nun erst verdient die Niederlassung den Namen einer modernen Irrenanstalt.

Vordem hatte der Staat seine für 130 Patienten bestimmte Heilanstalt für Geisteskranke bei Aarhus gebaut. Im Jahre 1852 wurde sie in Betrieb genommen und schon im Jahre 1861 um 270 Plätze für Unheilbare erweitert. Einen Theil des verfügbaren Raumes nahmen zu Anfang die Geisteskranken der alten Stiftshospitäler, deren Tollhäuser man aufgab, in Beschlag. Während früher die Fürsorge für Geisteskranke eine rein communale Angelegenheit gewesen war, übernahm jetzt der Staat die Irrenfürsorge. Der stetig fühlbarer werdende Platzmangel führte zu zeitgemässen Neubauten in den verschiedenen Landestheilen und zur Erweiterung der älteren Anstalten. Im Jahre 1857 wurde die Irrenanstalt bei Vordingborg, 1877 die bei Viborg, 1888 die bei Middelfart dem Betrieb übergeben. Während das St. Hans-Hospital durch fortwährende Erweiterungen jederzeit sämmtliche Geisteskranke der Hauptstadt aufnehmen konnte, hat es in den staatlichen Anstalten trotz Erweiterungen und Neubauten mitunter an Platz für unheilbare Kranke gefehlt. Dadurch entstanden in verschiedenen Theilen des Landes kleinere communale Anstalten, in denen ein Theil der unheilbar Geisteskranken verpflegt wird.

Gegenwärtig vertheilt sich die Zahl der Plätze für Geisteskranke in Dänemark wie folgt:

Die Gemeinde Kopenhagen hat auf St. Hans-Hospital bei Roskilde ca. 1100 Plätze, je zur Hälfte ungefähr für Männer und für Frauen. Ausserdem wird jährlich eine grosse Menge Geisteskranker in der psychiatrischen Klinik (6. Abtheilung des Gemeindehospitals) Kopenhagens — im Jahre 1900 235 Männer und 291 Frauen — mit Ausschluss der an Delirium tremens und anderen, kurzdauernden Alkoholpsychosen Leidenden behandelt. Bei nicht schneller Genesung werden sie dem St. Hans-Hospital überwiesen. Der Staat hat in der Irrenanstalt bei Vordingborg 240 Plätze für Männer und 240 für Frauen, in der Irrenanstalt bei Middelfart 350 Plätze für Männer und 350 für Frauen, in der Irrenanstalt bei Aarhus 270 Plätze für Männer und 270 für Frauen, in der Irrenanstalt bei Viborg 160 Plätze für Männer und 180 für Frauen, im Ganzen also

2060 Plätze (1020 für Männer und 1040 für Frauen). Die drei erstgenannten Anstalten nehmen heilbare und unheilbare Patienten, eine jede aus ihrem Territorium, auf, die Anstalt Vordingborg aus Seeland (mit Ausnahme von Kopenhagen) und Laland-Falster, die Anstalt Middelfart aus Fühnen und dem Stifte Ribe, die Anstalt Aarhus aus dem übrigen Teile von Jütland, doch dergestalt, dass man bei Platzmangel in der einen Anstalt ein Aufnahmegesuch an eine andere richten kann. Die Anstalt Viborg hingegen ist nur für unheilbare Geisteskranke bestimmt, die entweder von einer der anderen Staatsanstalten dorthin versetzt oder in Ermangelung von Platz von ihnen abgewiesen wurden. Um dem Platzmangel abzuhelfen, sind übrigens grössere Erweiterungen der Staatsanstalten nahe bevorstehend.

Die 7 communalen Anstalten, die einer grösseren Zahl Geisteskranker dauernd Unterkunft bieten, sind: die Verpflegungsanstalt in Tikjöb mit 17 Plätzen für Männer und 20 für Frauen, die amtscommunale Irrenanstalt in Roskilde mit 25 Plätzen für Männer und 25 für Frauen, die amtscommunale Irrenanstalt in Holbäk mit 40 Plätzen für Männer und 40 für Frauen, die amtscommunale Irrenanstalt in Sorö mit 21 Plätzen für Männer und 21 für Frauen, die amtscommunale Irrenanstalt in Stege mit 32 Plätzen für Männer und 42 für Frauen, die amtscommunale Irrenanstalt in Saxkjöbing mit 62 Plätzen für Männer und 68 für Frauen und die Verpflegungsanstalt in Mariager mit 16 Plätzen für Männer und 16 für Frauen. Im Ganzen sind somit 441 Plätze vorhanden, 213 für Männer und 228 für Frauen. In der Regel werden in diesen communalen Anstalten, die in späteren Jahren zum Theil vom Staate ca. 100000 Kr. Zuschuss erhielten, nur unheilbare, von den Staatsanstalten abgewiesene oder als unheilbar ausgeschiedene Geisteskranke aufgenommen. In den Anstalten Saxkjöbing und Stege sind auch einige Plätze zur vorläufigen Aufnahme frischer Krankheitsfälle vorhanden.

Dänemark hat kein Irrengesetz, dafür aber sind die Anstaltsverhältnisse reglementarisch geordnet. Die Staatsanstalten unterstehen dem Justizministerium. Die Verwaltung und ökonomische Leitung jeder Anstalt steht bei der aus dem Oberarzt als Präses und zweien vom Ministerium ernannten Mitgliedern zusammengesetzten Direction. Die ärztliche Leitung liegt hingegen allein in den Händen des Oberarztes und ist der Aufsicht und Controlle des königlichen Sanitätscollegiums unterstellt. Das St. Hans-Hospital untersteht dem Gemeindevorstand Kopenhagens. Die Verwaltung und ökonomische Leitung steht hier bei der zweiten Abtheilung des Magistrates, die ärztliche Leitung liegt in den Händen eines vom Magistrat ernannten Oberarztes. Die communalen Anstalten unterstehen einer von den betreffenden Amtsräthen ernannten Direction, wobei wieder die ärztliche Leitung allein in der Hand des Arztes liegt.

Zur Aufnahme in eine Staatsanstalt ist neben dem Gesuch der An

gehörigen oder des Vormundes des Kranken die Vorlage einer ausführ lichen schematischen Krankengeschichte von einem prakticirenden Arzt an den Oberarzt erforderlich. Die Untersuchung des Arztes darf nicht mehr als 4 Wochen zurückliegen. Im Falle der Notwendigkeit einer sofortigen Internirung und in Ermangelung von Platz in einem der Krankenhäuser der Provinzen — deren jedes zur vorläufigen Aufnahme von ein bis zwei Geisteskranken eingerichtet ist — können die Förmlichkeiten zur Aufnahme in die Irrenanstalt ausnahmsweise gleichzeitig mit oder nach der Einlieferung erledigt werden.

Auch im St. Hans-Hospitale erfolgt die Aufnahme nach Einsendung einer ausführlichen schematischen ärztlichen Darlegung; doch werden die Kranken in der Regel von der 6. Abtheilung des Gemeindehospitals dorthin verwiesen. Letztere ist eine Art Aufnahmeabtheilung des St. Hans-Hospitals, indem die Geisteskranken aus Kopenhagen dort vorläufige Unterkunft finden, wenn ein praktischer Arzt die Erkrankung schriftlich bezeugt. Die einem solchen Attest zu Grunde liegende Untersuchung darf höchstens 14 Tage alt sein.

Widersetzt sich ein Geisteskranker der Verbringung in eine Irrenanstalt, so kann auf das Zeugniss des Arztes hin, dass der Kranke sich selbst schädigt oder gemeingefährlich ist, die Hilfe der Polizei in Anspruch genommen werden.

Die Entlassung eines Kranken aus der Irrenanstalt erfolgt sofort nach der Genesung oder sobald der Oberarzt die Versetzung in andere Verhältnisse für den ungeheilten Kranken vortheilhafter findet; ausserdem zu jeder Zeit auf Wunsch der Angehörigen (des nächsten Verwandten, Vormundes).

Bei sämmtlichen Staatsanstalten sind im Ganzen 15 Aerzte angestellt; 290 Personen sind mit der Krankenpflege, 178 mit der Verwaltung beschäftigt. An dem St. Hans-Hospital sind 7 Aerzte angestellt; 143 Personen sind mit der Krankenpflege, 102 mit der Verwaltung beschäftigt. Das St. Hans-Hospital und die sämmtlichen Irrenheilanstalten mit Ausnahme von Viborg haben drei Verpflegungsklassen. In der ersten Klasse werden im St. Hans-Hospital in den ersten 6 Monaten 4 Kr. täglich, in der Folgezeit nur 3 Kr., in der zweiten Klasse 2,50 resp. 2 Kr., in der dritten 1,20 Kr. bezahlt. In den Staatsirrenanstalten ist der Tagespreis in den drei Klassen 2,50, 1,50 und 1,08 Kr., unvermögende Patienten können, mögen sie von Privaten oder Communen versorgt werden, für 0,55 Kr. täglich und, falls die Krankheit bei der Ueberweisung nicht über 2 Monate gedauert hat, sogar 3 Monate unentgeltlich verpflegt werden. Die Betriebskosten des St. Hans-Hospitals belaufen sich auf ca. ½ Millionen Kr. pro Jahr. Der Gemeinde Kopenhagen erwächst eine Ausgabe von ca. 250000 Kr. oder ca. 250 Kr. auf den Kopf. Die weiteren ca. 250000 Kr. gehen auf anderem Wege ein, theils durch Zuschuss des Staates (zwischen 125000 und 150000 Kr.), theils durch das Armenwesen, die Altersversorgung und die zahlungsfähigen Patienten. Der Betrieb der sämmtlichen

Anstalten kommt jährlich auf etwas über 1 Million Kr. zu stehen; da die Hälfte dieser Summe von privaten Versorgern und Communen aufgebracht wird, beträgt der Zuschuss des Staates auch hier ca. 250 Kr. auf den den Kopf. Die Verzinsung des Anlagecapitals ist überall gänzlich ausser Acht gelassen. Am 31. December 1897 repräsentirte das St. Hans-Hospital der Gemeinde Kopenhagen einen Wert von 2700000 Kr.; die Anlage und Erweiterung der sämmtlichen Anstalten hat etwas über 8 Millionen Kr. oder jeder der 2060 Plätze rund 4000 Kr. gekostet.

Als pekuniäre Stütze der Patienten sowohl während ihres Aufenthalts in der Anstalt als auch nach der Genesung bei der Aufnahme des Berufes oder eines Erwerbes hat die Irrenanstalt Vordingborg im Jahre 1895 einen Fonds, den „gegenseitigen Unterstützungsfonds des Oringe Hospitals", mit einem Anfangscapital von 30000 Kr. gebildet. Während das St. Hans-Hospital und die Anstalt bei Middelfart zu den sogenannten combinirten Anstalten gehören, indem heilbare und unheilbare Kranke in verschiedenen Gebäuden, im Kurhaus und in der Pflegestiftung, behandelt werden, sind die beiden ältesten Staatsanstalten, die bei Aarhus und bei Vordingborg, gemischte Anstalten; heilbare und unheilbare Kranke wohnen in denselben Gebäuden. Uebrigens herrschen in unseren Anstalten durchaus die humanen und rationellen Behandlungsprincipien.

Zur Durchführung derselben sind die älteren Anstalten nach Möglichkeit umgebaut und durch Einrichtung zeitgemässer Abtheilungen verbessert worden; die neueren Anstalten, wie die bei Middelfart und die Erweiterungsbauten des St. Hans-Hospitals, sind nach dem modernen Pavillonsystem aufgeführt. Eiserne Stangen vor den Fenstern, Gitter und Riegel sind nach Möglichkeit vermieden, und der den Kranken am Leibe angethane mechanische Zwang (Zwangsstuhl, Zwangsjacken, Handschuhe, Gürtel), der in früheren Decennien eine so grosse Rolle in der Behandlung spielte, ist jetzt in unseren Anstalten eine überwundene Sache. Nur um unruhig gewordene Patienten in eine Zelle zu verbringen, wird davon Gebrauch gemacht; in der Zelle selbst ist er sich entweder frei überlassen oder ist an das Bett genöthigt. Bei acuten oder mit Unruhe verbundenen Krankheitsfällen werden die Kranken wie in jedem anderen Hospital in hellen und freundlichen Krankenstuben zu Bett gelegt. Durch ein sorgfältig ausgewähltes Pflegepersonal von besonnenem und freundlichem Benehmen erstrebt man einen beruhigenden Einfluss auf die Kranken und die Entbehrlichkeit der Zwangsmittel.

Zellenbehandlung wird nur zeitweise und meistens bei geöffneter Thür angewandt. Das Streben ist, wie in anderen Hospitälern, eine sorgsame und zuverlässige weibliche Obhut zu gewinnen. Die genesenden und die unheilbaren Kranken werden nach Möglichkeit beschäftigt, die Frauen in der Hauswirthschaft und in der Näherei, die Männer im Handwerk, Garten und Feld. Unsere Anstalten verfügen über verschiedenartige Werkstätten und sind mit Landwirthschaft verbunden. Den einigermassen ruhigen

Kranken werden abwechselnd Arbeit, Zerstreuungen und Vergnügungen als Fusstouren, Spazierfahrten, Picknicks im Walde, Dampferfahrten, Bälle und Theateraufführungen von den Anstalten geboten.

Während wir wohl sagen dürfen, dass unsere Irrenpflege in Bezug auf Behandlungsgrundsätze und das ganze innere Anstaltsleben mit derjenigen des Auslandes auf gleicher Höhe steht und ein bedeutsames Glied in den Bestrebungen nach einer wirklich humanen Irrenfürsorge an Stelle des barbarischen Standpunktes früherer Zeiten bildet, müssen wir hervorheben, dass unser Irrenwesen in mehrfacher Hinsicht Vortheile bietet und Sicherheiten gewährt, die uns einen besonderen Platz unter den Kulturstaaten einnehmen lassen. Vor Allem muss auf die *bequeme Art der Internirung* hingewiesen werden. Während überall im Auslande eine Menge von Garantien gefordert wird, Atteste von mehreren Aerzten, Untersuchung von beamteten Aerzten oder von verschiedenen nicht ärztlichen Controlcomiteen, bevor die Internirung stattfinden darf, erfolgt bei uns die Aufnahme nach Einsendung eines von irgendwelchem prakticirenden Arzt ausgefertigten Schema unter Beischluss eines Gesuches des Versorgers. In dringlichen Fällen kann der Kranke gleichzeitig mit der Einreichung des Schema und des Gesuches aufgenommen werden. Hierdurch vermag der Erkrankte mit dem geringsten Zeitverlust diejenige Behandlung zu erreichen, die für ihn die aussichtsreichste und in vielen Fällen unumgänglich ist, um Schädigungen der eigenen Person oder anderer vorzubeugen. Unvermögenden Geisteskranken ist *freie Behandlung* auf die Dauer von 3 Monaten geboten, sofern die Erkrankung nicht über 2 Monate währt. Damit ist eine Prämie auf eine schleunige Internirung heilbarer Patienten ausgesetzt. Diese leichte Art der Internirung ist nur dadurch möglich, dass der Staat durch seine grossen Opfer für das Irrenwesen eine *Garantie gegen Missbrauch* bietet. Indem der *Staat* theils die Anstalten *selbst betreibt*, theils *bedeutende Beiträge* sowohl zur Anstalt der Stadt Kopenhagen, als zu den sonstigen communalen Anstalten *hergiebt*, hat er zu jeder Zeit Einfluss auf eine zuverlässige Leitung derselben. Dazu kommt noch, dass der Staat durch den Grundsatz, Unterstützungen nicht bloss den unbemittelten Geisteskranken, deren Fürsorge der Gemeinde obliegt, sondern auch den zahlenden Kranken aus allen Schichten der Bevölkerung zu gewähren, das Bedürfniss nach privaten Anstalten für Vermögende kaum entstehen lässt, im Gegensatz zum Auslande, wo die Wohlhabenden überwiegend oder sogar ausschliesslich in Privatpflege untergebracht sind. *Privat-Irrenanstalten*, die ihrer Natur nach die Gefahr des Missbrauches in sich schliessen, kennt Dänemark nicht, im ganzen Lande befinden sich nur einige kleinere, wesentlich auf ruhige unheilbare Geisteskranke berechnete Pensionate.

Die einzige unserem Irrenwesen wünschenswerthe Reform wäre die *Errichtung weiterer Plätze in den Anstalten*, damit den vielen eindringlichen Annahmegesuchen, die jetzt aus Platzmangel abschlägig be-

schieden werden müssen, Folge gegeben werden kann. Wie schon oben gesagt, kann dieser sehr nöthige Fortschritt als nahe bevorstehend angesehen werden.

Bewerthung von ärztlichem Wissen und Kurpfuscherüberhebung bei sogenannten Gebildeten. Kleiner Beitrag zur Frage der Kurpfuscherei auf dem Gebiete der Psychiatrie.[1]) — Es gehört beinahe zur täglichen Erfahrung eines jeden beschäftigten Arztes, dass ihm in seiner Clientel das betrübliche Bild der Kurpfuscherei in den verschiedensten Abwechselungen begegnet.

Das schamlose und anmassende Vorgehen von Leuten, die ihre Unkenntniss in der Behandlung von krankhaften Zuständen nur durch möglichst rücksichtsloses Lärmen und auf die Dummheit der Leute berechnendes marktschreierisches Eigenlob verdecken, tritt mit der Zeit immer greller in den Vordergrund des täglichen Lebens.

In den letzten Jahren haben ja Sammel-Forschungen von *Dietrich*, *Reich*, *Alexander* und Anderen für die ärztlichen Kreise die Frage geradezu erschöpfend behandelt. Es dürfte deswegen beinahe überflüssig erscheinen, noch neues Material in dieser Frage beizutragen. Aber wenn die in den Tagesblättern beständig veröffentlichten Danksagungen dieser Leute den Schluss erlauben, dass das Publikum, welches sich in die Behandlung der Laien-Aerzte, wie wir hier einmal kurz sagen wollen, begiebt, mehr den breiteren Schichten der Bevölkerung entstammt, welche sich selbst wohl nur zum kleineren Theil den sogenannten Gebildeten zurechnen, so ist es immerhin interessant, wenn auch recht betrüblich, zu erfahren, dass auch diejenigen Kreise, welche auf eine höhere Bildung Ansprüche erheben, sich nicht scheuen, ärztlichen Rath von Leuten einzuholen, die ihnen, dem ganzen Bildungsgange nach, als tief unter ihnen stehend erscheinen müssen. Aber nicht genug damit, dass sie sich schon solchen Leuten anvertrauen, von deren Bildungsgange sie selbst bei ruhiger Ueberlegung alles Andere als irgend eine Spur der Ars medica erwarten können, — nein sie scheuen sich auch nicht, dem staatlich geprüften Arzte nahezulegen, die Anordnungen solcher traurigen Elemente zu befolgen.

Wenn ich in den folgenden Zeilen zwei Erfahrungen der letzten Zeit veröffentliche ohne Namensnennung, so geschieht dies Letztere nicht etwa aus Rücksicht auf die Betreffenden. Den Kundigen unter den Lesern wird aus der kurz skizzirten Charakteristik doch Klarheit über die betreffenden Persönlichkeiten gegeben.

In dem ersten Falle handelt es sich um die Rathschläge des sich „Mycologe“ nennenden Kurpfuschers, 'der von *Bergmann*[2]) als „der aus

---

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten im Verein der Aerzte Düsseldorfs am 10. Juni 1901.

[2]) A. C. A. No. 7 1897.

Ringen und Haaren wahrsagende Hellseher“ bezeichnet wird, „der mit seinen Kathetern tödtliche Nieren-Abscesse erzeugte“.

Seine vor Jahren abgegebene Beurtheilung über die an mässiger Imbecillität mit vorübergehenden Erregungszuständen leidende Tochter eines höheren Beamten lautet folgendermassen:

„Die Herzschlag-Ader zieht sich zeitweise krampfhaft zusammen, nun entsteht ein Druck gegen die Nerven — auch verdickt sich das Blut und können die Nerven nicht normal ernährt werden. Einige Zeit warme Bäder und die Haut im Bad abbürsten, sowie viel Bewegung und täglich ein Glas Sodawasser trinken. Im Allgemeinen die Haut gut pflegen, besonders Füsse viel warm waschen.“ —

Wenn nun Angehörige einem Arzte eine derartige Diagnose und Therapie vorlegen, mit dem Wunsche, davon Kenntniss zu nehmen, so dürften sie sich dadurch selbst ein unumstössliches Zeugniss über ihre Minderwerthigkeit ausgestellt haben.

Aber nicht genug damit!

Nein, es wurde mir auch nahegelegt, auf Grund des Befundes von dem erwähnten Hellseher die Behandlung der mir anvertrauten Kranken zu leiten.

Dass in diesem Ansinnen eine Geringschätzung ärztlicher Kunst und eine Zumuthung lag, die von meiner Seite energisch zurückgewiesen wurde, war den Betreffenden gar nicht klarzumachen. Sie lebten in der festen Ueberzeugung, dass die Behandlung der Kranken von Jedem, der sich dazu berufen fühle, vorgenommen werden könne.

Während es sich in diesem Falle nun um eine Persönlichkeit handelt, die zweifellos nur zur eigenen Bereicherung auf den Geldbeutel Derer, die nicht alle werden, rechnet, so entstammen die Rathschläge, welche mir für die Behandlung einer anderen Patientin ertheilt wurden, von einem Herrn, der durch seine theologischen Grübeleien allmählich von der praktischen Theologie zu mystischen Anschauungen geführt wurde.

Er musste schliesslich sein geistliches Amt aufgeben, weil er durch seine entsprechenden Handlungen bei Vorgesetzten und Gemeinde Aergerniss erregte.

In der Folgezeit hielt er sich selbst für fähig, seine Anschauungen im Verein mit denen eines früheren Lehrers zum Wohle der Menschheit zu verwerthen.

Der Letztere ist ein eifriger Anhänger und Vertreter „der Heilmethode Alimonda“, arbeitet aber nach seinem Prospecte mit „drei neuen Untersuchungsmethoden“, die — um mit seinen eigenen Worten zu reden — „anderen ein spanisches Dorf sind, weil sie auf keiner Universität gelehrt werden.

Es sind: Die magnetische Diagnose, die Augendiagnose und die (neue) elektrische Diagnose. Die bequeme „Augendiagnose“ habe ich immer an

Hand und dazu eventl. nur ein Vergrösserungsglas nöthig. Selbst „Medicinvergiftungen" entgehen dem „Kenner der Augendiagnose" nicht.

Er erkennt jede Verletzung, jede Operation, jede Geschlechtskrankheit; jedes Leiden, selbst die geheimen Sünden u. s. w., im menschlichen Auge stehen sie alle geschrieben.

Alle drei Methoden sind absolut sicher, wenn man sie kennt. Eine Entblössung des Körpers ist dabei gar nicht nöthig." Die Belehrung darüber (3 Bücher) kostet zusammen 10,50 Mk. (ohne Porto).

Da nun der „elektrische Heilapparat" Elektra 90 Mk. kostet und dieser nur an der Hand von Belehrungs-Schriften zu verwenden ist, so ergiebt ein kurzes Rechenexempel, dass das „Heilverfahren Alimonda" ziemliche Kosten verursacht.

Billiger stellt sich dagegen die Behandlungsart des anderen Rathgebers. Da seine Auffassung von Psychosen zu verworren ist, als dass ein kurzer Auszug ein klares Bild von ihm geben könnte, so seien diese hier ausführlicher mitgetheilt.

Nachdem er berichtet hat, „dass er seiner Tochter früher wegen ihres Eigensinnes und ihrer räthselhaften Selbsttäuschungen Dreifaltigkeitsthee verordnet habe, und betheuert hat, dass er nicht „arztgläubig, sondern gottgläubig sei", fährt er fort: „Meine Tochter ist nun 3 Wochen in der Ihrer Leitung unterstellten Heilanstalt, eine nach meinen mit mancherlei eigner und fremder Erfahrung und auch etwas Wissenschaft (aber echter!) im Bunde gehenden Begriffen etwas lange Zeit für eine so geringe oder ganz fehlende Wendung zum Besseren! Woran das liegen mag? Wollen Sie, geehrter Herr Doctor, nicht blos Dank ernten für Geduld und Wohlwollen, sondern auch die Ueberzeugung wecken, (zunächst) dass Sie in weitherzigem Erbarmen und Pflichtgefühl bemüht sind, ernstlich das Wohl und Heil der Kranken zu suchen, so werden Sie dem auf Gewissensstimme achtenden Vater die freie Aeusserung eigener Gedanken und Bitten gutheissen, zumal einem besorgten Vater. Ich bin der Ansicht, dass Grillenfängerei, Begehrlichkeit, ungeziemendes Geplauder und Leuteplagerei häufig nur Folge von Muthwillen, Müssiggang, Gebetsversäumniss und zu grosser Freiheit sind, und muss lebhaft wünschen: 1. dass mit meiner Tochter ein oder zwei liebevolle wirklich Gott liebende „Schwestern" (oder wer es sonst ist) täglich (1—2 mal) ernstlich und brünstig zu Gott beten um Sein Erbarmen, um Kraft zum Guten, um Einsicht, Liebe und Geduld, um Gehorsam und Demuth, 2. dass ihr, so oft es dienlich, ein Bad verabreicht werde; 3. dass es ihr nie an zwingender, sie hinreichend anstrengender Beschäftigung fehle; 4. dass ihr — nach durch mich eingeholtem hochgewertheten Rathe — mit Heilkraft getränkte weisse Flanelllappen auf das Samengeflecht und auf die Fusssohlen gelegt und jeden dritten Tag erneuert werden, ferner bei Aufregung ihr ein Glas Wasser zu trinken gegeben werde (zur „Ableitung"), in welchem eine Messerspitze voll präparirten Weinsteins auf-

gelöst worden; 5. dass ihr jede zulässige Freude vergönnt werde — behufs Aufrichtung ihres Gemüthes.

Mit Heilkraft, mit Heilfluid tränken möge je nach Begabung, festem gläubigen Wohlwollen und Bereitschaft eine gesunde „Schwester" (oder etwa Wärterin) die weisse Flanelle — oder Sie selbst, Herr Doctor, falls Ihre (unsichtbaren) Seelenfluide Ihnen zugleich hinreichend rein erscheinen. Die Wege sind gut biblisch, auch von guter, gründlicher Wissenschaft längst anerkannt. Alles kann dabei in Jesu Namen geschehen. Zu gedachtem Zwecke halte die Schwester, der „Arzt" oder Pastor die Flanelle längere Zeit (etwa 5—7 Minuten oder länger) in der geschlossenen Hand und hauche fleissig (etwa 7 mal, 2 mal) kräftig darüber unter Gebet. Dann helfen mit die uns umschwebenden guten Geister (unsichtbar wie die Luft).

Ich hoffe bestimmt, Herr Anstaltsdirigent, die hier vorgetragenen Gedanken und Wünsche finden Ihre Zustimmung, mindestens Ihre Genehmigung."

Er fügt dann noch mit den Worten:

„Wohlgemeinte Einlage von bekannter, treuer Seite sei gestattet, zur gefl. Kenntnissnahme", eine kleine Druckschrift bei, „die Gottes- und Geistertheorie in der Medicin". Diese enthält im Auszuge folgende Sätze:

Geist ist am besten durch Geist zu bekämpfen. Hier haben wir auch gleich die Erklärung für die Wirksamkeit der Homöopathie. Die Materie des Heilmittels ist durch die Verdünnung in Geistiges verwandelt worden — der kleinste Theil einer Materie, das Atom, ist schon Geist — und dieses sucht mit Feuereifer im kranken Körper den Feind, dem es gewachsen, und schlägt ihn in die Flucht.

Die Wahnsinnigen werden zumeist alle Besessene sein. Unser Freund M. hat durch sein Händeauflegen und sein Gebet mehrjährigen Wahnsinn eines Böttichermeisters und eines Candidaten der Theologie — Letzteren aus der Irrenanstalt heraus — augenblicklich und dauernd geheilt. Hätten tiefe organische Veränderungen im Gehirn vorgelegen, wäre das nicht möglich gewesen. Und doch sind auch diese kein Hinderniss einer augenblicklichen Heilung, wie das M. einst an seinem eigenen 15jährigen Sohne zeigte. Dieser hatte in Folge schlecht geheilten Armbruches seit vier Jahren einen krummen Arm, den er nicht an die Brust und in die Höhe bringen konnte. Eines Tages legte M. die Hände auf, betend im Verein mit der ganzen Familie, und plötzlich gab es einen Ruck, dass Vater und Sohn beinahe stürzten und augenblicklich konnte der Sohn den Arm wieder benutzen. Klein wenig gebogen ist er nur noch seit jener Zeit. Durch den Bruch — bei Krankheiten durch andere Umstände — war die Disposition geschaffen worden, dass ein Geist da Platz nehmen und da hausen konnte. Jetzt, wo er auf das Gebet hin weichen musste, war auch die schlecht geheilte Stelle wieder oder nahezu wieder normal geworden. Warum nicht ganz, weiss ich auch nicht. Wird bei Krankheiten die Disposition beseitigt durch naturgemässe Lebensweise,

Arzneien, Kurmethoden oder Sonstiges, verschwinden dieselben bis au die unten zu nennenden Ausnahmen. —

Bald danach beklagte er sich, dass „der Anstaltsarzt sich nicht einmal bemüssigt sehe, ihm über die Heilmittel, welche in der Anstalt angewendet würden, Mittheilung zu machen. So sei ihm nichts von gemeinschaftlichen Gebeten, Handauflegen, ungiftigen und gefahrlosen Arzneien gemeldet." „Denkt er denn", fährt er fort, „das Gewissen eines Vaters sei ein Waschlappen und habe dem vorfindlichen Arzte blind zu vertrauen?" „Je einsichtsvoller und gewissenhafter ein Arzt ist, je wirklich gott- und und geistgläubiger, desto weniger wird er sich für unfehlbar halten, desto eher auf eines erfahrenen Vaters Ansichten und Wünsche achten, desto mehr zu allem Beginnen sich den göttlichen Beistand erbitten und dem Ewigen dankbar sein für jede irgendwie dargereichte gute Hilfe. Gestatten Sie eine kurze Anführung! Ein berühmter, vermuthlich amerikanischer Arzt, Morly mit Namen, hat (vor Jahrzehnten) in seinem Werke über „die Elemente des thierischen (soll heissen seelischen) Magnetismus" eine Anzahl Winke zur verständigen und besonders auch magnetischen, mit Heilfluiden vorgehenden und Fluide lenkenden Behandlung des Wahnsinns gegeben, die der angesehene Seher und Schriftsteller Andrew Jackson Davis in seinem längst ins Deutsche übersetzten Buche „Harbringer of health", „Vorbote der Gesundheit", zustimmend anführt. Darin ist z. B. gesagt: „Mit wahnsinnigen Personen sollte man reden, als ob sie gesund und vernünftig wären; sie sollten häufigen Wechsel verschiedener Gegenden haben, je öfter, desto besser, und in extremen Fällen lasse man die Bilder im Zimmer stündlich wechseln".

Zum Schluss aber thut er den gewichtigen Ausspruch: „Wenn die vorstehend angeführte Behandlung in den Irrenanstalten und Hospitälern allgemein beobachtet würde, so würden drei Viertheile der Patienten in einer Woche geheilt sein." Sehr wohl weiss ich, dass allerlei deutsche Nichtwisser auf Schulen und Congressen in ihrer Thorheit gegen fluidisches (echt biblisches) Heilverfahren lärmen und toben — oder gleichgültig sind.

Der nun längst verstorbene Puységur sagt: „Ein erfahrener Magnetiseur wird . . . selten Convulsionen oder Krämpfe hervorrufen, und sollte es je einmal geschehen, so kann er sie schnell beseitigen. Bei der Magnetisirung zum Zwecke der Linderung irgend eines lokalen Schmerzes hat es keine Gefahr, so dass jedermann es ungestraft versuchen kann. . . . Frauen können ebensowohl magnetisiren wie Männer; alle Krankenpflegerinnen sollten das Magnetisiren auszuüben verstehen."

Es war und ist mir Ernst mit meinen Aeusserungen. Ms. Dfhlts. sollte niemals ein Arzt bei Kranken anders verfahren, als wie es in des heiligen Gottes Namen geschehen kann, und ein Anderes sollte die Christenheit sich niemals gefallen, niemals bieten lassen.

Bericht über die Bewegung in den Nieder-

Irrenanstalt zu	Bestand am 1. Januar 1900			Aufnahme 1900		
	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe
Amsterdam	54	70	124	15	13	28
Bloemendaal	646	662	1308	136	93	229
Boekel	134	—	134	21	—	21
Delft	221	216	437	54	60	114
Deventer	194	199	393	37	27	64
Ede	—	12	12	—	6	6
Ermelo ('s Heeren Loo)	123	53	176	18	12	30
Ermelo (Veldwijk)	178	262	440	39	55	94
Franeker	150	160	310	27	26	53
Gorssel	—	6	6	—	4	4
Grave	—	99	99	—	14	14
's-Gravenhage	90	127	217	76	73	149
Groningen	4	4	8	10	11	21
's-Hertogenbosch	288	241	529	42	47	89
Loosduinen	232	232	464	78	57	135
Maastricht	25	37	62	2	13	15
Medemblik	303	110	413	119	35	154
Oegstgeest	174	186	360	68	101	169
Oss	20	—	20	4	—	4
Rosmalen	269	238	507	53	69	122
Rotterdam (Stad)	5	5	10	69	86	155
Rotterdam (St. Antonius)	—	6	6	—	—	—
Termunten	18	25	43	3	5	8
Utrecht	216	206	422	62	51	113
Vught	379	500	879	77	93	170
Zuid-Laren	133	136	269	35	59	94
Zutphen	240	251	491	42	48	90
Summe der Aufgenommenen, Verpflegten und nicht genesen Entlassenen	—	—	—	1087	1058	2145
In eine andere Anstalt	—	—	—	159	207	366
Summe	4096	4043	8139	928	851	1779

ländischen Irrenanstalten pro 1900.

Genesen			Gestorben			Nicht genesen entlassen			Bestand am 1. Januar 1901		
Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe
3	2	5	9	7	16	3	4	7	54	70	124
40	32	72	72	32	104	26	28	54	644	663	1307
7	—	7	8	—	8	1	—	1	139	—	139
13	20	33	20	18	38	18	13	31	224	225	449
13	10	23	12	10	22	6	11	17	200	195	395
—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	16	16
—	—	—	2	3	5	6	4	10	133	58	191
8	21	29	11	12	23	9	22	31	189	262	451
6	9	15	14	19	33	6	—	6	151	158	309
—	1	1	—	1	1	—	2	2	—	6	6
—	1	1	—	5	5	—	7	7	—	100	100
14	16	30	18	23	41	2	9	11	132	152	284
4	3	7	1	1	2	5	6	11	4	5	9
12	17	29	23	21	44	2	2	4	293	248	541
22	16	38	26	15	41	24	23	47	238	235	473
—	9	9	1	6	7	1	4	5	25	31	56
27	12	39	19	9	28	76	54	130	300	70	370
29	44	73	26	25	51	11	25	36	176	193	369
—	—	—	1	—	1	6	—	6	17	—	17
13	18	31	25	15	40	16	22	38	268	252	520
10	8	18	4	4	8	56	73	129	4	6	10
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6
—	—	—	1	—	1	—	—	—	20	30	50
16	11	27	26	15	41	16	22	38	220	209	429
30	44	74	28	28	56	6	10	16	392	511	903
16	19	35	11	8	19	4	8	12	137	160	297
11	20	31	17	28	45	9	2	11	245	249	494
—	—	—	—	—	—	309	352	661	—	—	—
—	—	—	—	—	—	159	207	366	—	—	—
294	334	628	375	305	680	150	145	295	4205	4110	8315

Dr. *A. H. van Andel.*

Da hat aber der Arzt auch stets die Gewissenspflicht hinreichender Aufhellung und Verständigung. — Ich wünsche Ihren Anstalten in Allem das Beste — vorausgesetzt, dass Alles auf göttlichen Grundsätzen beruht und nichts auf menschlicher Kurzsicht."

Auch in diesem Falle lehnte ich selbstverständlich ein Eingehen auf die wohlgemeinten Rathschläge ab und empfahl dem Herrn, die Behandlung seiner kranken Tochter selbst in die Hand zu nehmen.

Jedenfalls beweisen derartige Vorkommnisse immer und immer wieder, dass das Publikum auch in dem sogenannten gebildeteren Theile zu jener Zeit noch nicht die erforderliche sittliche und ethische Reife besass, als das früher zu Recht bestehende Kurpfuscher-Gesetz aufgehoben wurde.

Seitdem hat nun die Psychiatrie, um mit *Pelmann* zu reden, in ihren Errungenschaften so viel schnellere Fortschritte gemacht, als dass das Publikum in gleichem Masse das Verständniss für die wissenschaftlichen Erfolge erwerben konnte. Die Wege zur Beseitigung dieser Kluft sind an so manchen Orten bereits erörtert, so dass es erübrigen möchte und zu bekannt sein dürfte, um hier noch auf dieselben näher einzugehen. — Wünschenswerth wäre es aber, dass der Staat endlich einmal säubernd und ordnend sich mit diesen zunehmenden Schädigungen befasste.

Dr. *Tippel*, Dir. Arzt der Heilanst. zu Kaiserswerth a. Rh.

Royaume de Belgique. — Congrès international de l'Assistance des aliénés et spécialement de leur Assistance Familiale zu Anvers, vom 1.—7. September 1902 unter dem Ehrenpräsidium des Herrn Ministers Van Den Heuvel, Minister der Justiz; Präsident des Organisationscomités ist Dr. *Peetres*, ärztlicher Director der Colonie Gheel; Geschäftsführer Dr. *Fritz Sano*, Arzt der Civilhospitäler zu Anvers, rue Montebello; Schatzmeister *M. Edmond Pauwels* zu Anvers, Avenue Charlotte 13. Anmeldungen und Anfragen zu richten an den Geschäftsführer und Schatzmeister.

Nachtrag zu dem Aufsatze Ablehnung einer Entmündigung in den Vereinigten Staaten. — Frau French — schreibt der Bostoner Herald vom 21. März d. J. — wurde gestern auf dem Boden des Elevators zur ebenen Erde todt aufgefunden. Wie die Ermittelungen ergaben, muss sie sich im II. Stockwerk über den Eingang zu demselben gebeugt haben, vom Schwindel ergriffen und heruntergefallen sein; und zwar schon vor 4—5 Tagen. „Die excentrischste und wegen ihrer geradezu als Sport betriebenen Processsucht bekannteste Dame in Neu-England", hat sie weit über $^1/_2$ Million Dollar hinterlassen. Ihren Geisteszustand bezeichnet ein

Advocat: sie war nicht irre. Sie verstand den Unterschied zwischen Recht und Unrecht, bemühte sich aber selten darum, ihn zu finden. Rechnungen von zur Arbeit von ihr engagirten Leuten bezahlte sie grundsätzlich, ohne processirt und, wie gewöhnlich, verurtheilt zu sein. Sie wurde 1900 unter vorläufige Curatel gestellt (ohne ihr vorher Notiz zu geben, auf Grund eines 1900 durchgegangenen Statuts). Im Kampfe gegen ihren Sohn, der den Antrag auf Entmündigung gestellt hatte, gewann sie die Sympathie des Richters und des Publikums. Ueber ihren Charakter äussert sich ein hervorragender Jurist: „Das Beste, was man von ihr sagen kann, ist, dass sie unzurechnungsfähig war.“ *Kornfeld.*

Nekrolog Dr. *Bandorf.* — Am 4. December 1901 verstarb in München im 56. Lebensjahre Medicinalrath Dr. *Melchior Josef Bandorf*, Director der oberbayrischen Kreisirrenanstalt Gabersee, der sich nicht nur als Begründer und langjähriger Leiter dieser Anstalt, sondern auch um die praktische Irrenpflege überhaupt ansehnliche Verdienste erworben hat. — *Bandorf* war geboren am 12. August 1845 in dem damals noch bayrischen Städtchen Weyhers bei Fulda, Provinz Hessen-Nassau. Approbirt wurde er im Jahre 1870, promovirt nach Lösung einer von der medicinischen Facultät der Universität Würzburg gestellten Preisfrage über mikrocephale Gehirne. *Bandorf* verbrachte einige Zeit zur weiteren Ausbildung an der Universität zu Wien und war dann vom August bis October an der Heilanstalt „Asyl St. Gilgenberg“ bei Bayreuth als 2. Assistenz-Arzt und vom October 1870 bis Mai 1871 als 2. Assistenz-Arzt an der Kreis-Irrenanstalt Irsee thätig. 1871 legte er die ärztliche Concursprüfung mit bestem Erfolge ab. Vom Juni 1871 bis December 1873 wirkte er als 1. Assistenz-Arzt an der oberpfälzischen Kreis-Irrenanstalt Karthaus-Prüll und von da ab in gleicher Stellung, später als Oberarzt, an der Kreis-Irrenanstalt in München, die damals unter der Leitung *Gudden*'s stand. Im Juli 1883 erfolgte seine Berufung als Director der neugegründeten 2. oberbayrischen Kreis-Irrenanstalt Gabersee, deren Leitung er übernahm, nachdem er sich durch Informationsreisen zur Besichtigung auswärtiger mustergültiger Irrenanstalten, besonders Alt-Scherbitz, gründlich für seine neue und schwierige Aufgabe in Gabersee, das zu einer Anstalt mit landwirthschaftlichem Betrieb bestimmt war, vorbereitet hatte. Sein ganzes Wirken concentrirte sich von da ab auf Gabersee und seine Entwicklung, und die wichtigsten Verdienste *Bandorf*'s entsprangen hieraus.

Man hatte 1883 die Eröffnung der neuen Anstalt mit verschiedenen Gefühlen erwartet, zumal der Termin dazu, November, ein recht ungünstiger war. Dass trotzdem die Uebersiedelung der Kranken glücklich und ohne Unfall von statten ging, und dass sie sich bald in die ungewohnten Verhältnisse fanden, war nur der Umsicht und Energie *B.*'s zu verdanken.

Höchst interessant ist, was *B.* hierüber im ersten Jahresbericht der Anstalt schreibt: „Wenn trotzdem die erste Periode der Einrichtung ziemlich glatt verlief, so darf man hierin wohl zunächst den günstigen Einfluss des neuen Systems erblicken. Die Kranken fühlten sich vom ersten Augenblicke an behaglich in der ländlichen, freien Lage ihres neuen Aufenthaltes; sie vermissten nichts von dem Comfort, den sie verlassen hatten, die einfachen, ihren früheren Lebensverhältnissen conformeren Einrichtungen fanden ihren vollen Beifall. Der grössere Theil von ihnen fügte sich fast von selbst in die Arbeit, welche die Anstalt und Oekonomie darbot; sie sahen, was hier noththat, und hielten es für selbstverständlich, da mitzuhelfen. Viele begrüssten die altgewohnten und langentbehrten Beschäftigungen in der Oekonomie mit Freuden; Andere, denen die eigene Initiative abging, konnten, bis auf wenige Ausnahmen, allmälig zum Eingreifen bewogen werden, und wenn auch unter diesen anfänglich so Mancher das berechtigte Kopfschütteln des Oekonomieverständigen hervorrief, so entpuppte sich oft mit der Zeit aus dem anfangs apathischen, ungeschickten, der Arbeit entwöhnten Pflegling einer der fleissigsten und verwendbarsten Arbeiter. — Bald waren alle Beschäftigungszweige mit genügenden Arbeitskräften versehen und die gesunden Arbeiter entsprechend reducirt. Die Handwerker unter den Kranken suchten sich geeignete Lokale zu Werkstätten, richteten sich unter gegenseitiger Unterstützung ein und entwickelten aufs eifrigste ihre selbständige Thätigkeit." — Ich glaube, dass diese illustrativen Worte, die auch *Pätz* in seinem Buche „Die Colonisirung der Geisteskranken" aufgenommen hat, seitdem schon manchem Irrenarzt in ähnlicher Situation als Anleitung dienten.

Bandorf ging völlig in seinem Berufe auf. Ich glaube, dass es selten einen Beamten giebt, der sich so ganz dem Dienste widmete, wie er. Schon seine Lebensweise war conform der Anstaltsordnung. Er war der Erste, der früh in der Anstalt aufstand, und regelmässig machte er schon in der Morgenstunde von 5—6 Uhr die erste Runde in den Abtheilungen. Er speiste zur selben Zeit, wie die Kranken und ging auch zur gleichen Zeit, wie sie, zur Ruhe. Nichts blieb ihm unbekannt, und man kann sagen, die Assistenz-Aerzte kamen zum Rapport nur, um durch ihre Berichte zu zeigen, dass sie pünktlich ihre Pflicht gethan. Er bekümmerte sich um die Verwaltungsangelegenheiten und um die Oekonomie fast ebenso sehr, wie die Verwaltungsbeamten selbst, und so kam es, dass Alles in der Anstalt in der einheitlichsten Weise concentrirt war. Alle Geschäfte wurden in der gewissenhaftesten Weise erledigt, und so konnte es nicht ausbleiben, dass der Betrieb ein musterhafter, und auch das financielle Ergebniss der Anstalts- und Gutsrechnung stets ein hochbefriedigendes war.

Eigentlich war *B.* mehr Verwaltungsmann als Arzt. Der Nihilismus der Wiener Schule hatte seiner Zeit stark auf ihn eingewirkt, und da *B.* von Natur aus ein ausgesprochener Pessimist war, so war er in der Beurtheilung der speciellen psychiatrischen Therapie sehr skeptisch. Sein

Auge war mehr auf das Allgemeine gerichtet, auf Gestattung von möglichst viel Freiheit und Selbständigkeit, jedoch nur unter strenger Anlehnung an die Hausordnung. Er war bestrebt, den Kranken das Bewusstsein ihres Aufenthaltes in einer Irrenanstalt und das Traurige ihrer Lage möglichst wenig empfindbar zu machen, und verstand bei ihnen das Gefühl zu wecken, dass sie nicht gänzlich unnütze Mitglieder der menschlichen Gesellschaft seien. Dies erzielte er hauptsächlich durch möglichst reichliche Gewährung von Beschäftigungsgelegenheit, wobei die individuelle Befähigung die genaueste Berücksichtigung fand. Neben ausgiebiger landwirthschaftlicher Beschäftigung cultivirte *B.* intensiv das Handwerk, und manchen Kranken wusste *B.* wie einen kunstfertigen Werkmeister zu beschäftigen.

Wie man in den ersten Jahrzehnten des verflossenen Jahrhunderts die Irren von Ketten und Fesseln befreite, so war man in den letzten Jahrzehnten desselben auch bestrebt, die Mauern und, wo möglich, die eisernen Gitter in den Anstalten zu entfernen. Wenn ich auch nicht behaupten will, dass *B.* der Erste war, der dieses Princip aufstellte, so war er doch derjenigen Einer, die dieses Princip energisch bethätigten und damit besondere Erfolge erzielten. Das beweisen die zahlreichen Besuche von Irrenärzten und Commissionen, mit denen Gabersee hauptsächlich in den neunziger Jahren beehrt wurde, und der fast internationale Ruf, den es dadurch gewann.

Bandorf war unvermählt — eine treue Schwester und eine Tante führten seinen Haushalt. Obwohl er von Natur aus gefühlvoll veranlagt war und in jüngeren Jahren den Freuden des Lebens nicht abhold, liessen ihn der cölibatäre Stand und die völlige Hingabe an den Dienst im Laufe der Jahre gesellschaftlich vereinsamen, was Manche, die ihn nicht verstanden, zu herben Urtheilen veranlasste.

Schon Mitte der 90er Jahre begann *B.* zu kränkeln, was weniger Denjenigen auffiel, die täglich mit ihm verkehrten, als Denjenigen, die ihn seltener sahen. Es zeigten sich Erscheinungen von Herzschwäche (Myodegeneratio), die von Jahr zu Jahr fühlbarer wurden, und die ihn schon im Frühjahr 1900 mahnten, sich Ruhe zu gönnen, nachdem während des Frühjahrsurlaubes Hydrops universalis sich einstellte. Unter Digitalis-Gebrauch verloren sich die Oedeme bald wieder, und *B.* erschien nach einem vierteljährigen Erholungsurlaub ziemlich gekräftigt. Im Frühjahr 1901 machte sich die Herzschwäche jedoch wieder fühlbarer, und *B.* sah sich angesichts der bevorstehenden Erweiterung der Anstalt veranlasst, um Versetzung in den Ruhestand einzukommen; derselbe wurde ihm am 26. April 1901 „in wohlgefälliger Anerkennung seiner langjährigen, mit Eifer und Treue geleisteten ausgezeichneten Dienste unter Verleihung des Verdienstordens vom hl. Michael IV. Classe Allergnädigst“ gewährt.

Ungemein bescheiden war der Abschied, den *B.* von Gabersee, seiner Schöpfung, nahm. Jeglichen feierlichen Akt hatte er sich ausdrücklichst verbeten, und so reiste er eines Morgens still und einsam, als wäre nichts

vorgefallen, nach München ab. Die Nachrichten, die von dort aus übe ihn nach Gabersee kamen, waren keine günstigen. *B.*'s Kraft war gebrochen Zudem machten sich Zeichen von Larynxstenose bemerklich, die durch ein an sich kleine, jedoch die Trachea comprimirende Struma verursacht wurde Wegen starker Suffokationserscheinungen wurde *B.* am 24. November i das Krankenhaus verbracht, und von befreundeten Collegen die Operation der Halsgeschwulst vorgeschlagen. *B.* hielt diese ohne Narkose, bei vollem Bewusstsein, wie auch die am folgenden Tage nothwendig werdende Tracheotomie heroisch aus, doch erlahmte das Herz und versagte am 4. December 1901 seinen Dienst.

Das Begräbniss geschah, *B.*'s Gesinnungen entsprechend, still und ernst im Auer Friedhofe zu München, unweit der Grabstätten *Solbrig*'s und *Gudden*'s. Dr. *O. Dees*-Gabersee.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte[1]).

. Dem Verein ist ferner beigetreten:

Heilanstalt Dösen, Post Probstheide bei Leipzig.

Brandenburg. Landes-Irrenanstalt zu Neu-Ruppin, Prov. Brandenburg.

Brandenburg. Landes-Irrenanst. zu Landsberg a./W., Prov. Brandenburg.

Heil- und Pflegeanstalt für Gemüthskranke „Tannenhof" bei Lüttringhausen, Rheinprovinz.

Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Grossschweidnitz bei Löbau, Kgr. Sachsen.

Provincial Krankzinnigengesticht Meerenberg, Bloemendaal, Harlem, Holland.

Personal-Nachrichten.

Dr. *H. Kreuser*, Director der Kgl. Heilanstalt Schussenried, Württ., hat die Direction der Kgl. Heilanstalt Winnenthal übernommen.

Dr. *Schulze*, Oberarzt d. Kgl. Sächs. Landes-Heil- u. Pflegeanst. zu Untergöltsch, ist zum Director,

Dr. *Ad. Herfeldt*, Oberarzt der Kreis-Irrenanst. zu Werneck zum Director der Kreis-Irrenanst. in Ansbach, Mittelfranken,

Dr. *K. Heilbronner*, Privatdocent an der Universität zu Halle zum Prof. e. o. ernannt worden.

Dr. *J. Bartels*, Dir. der Kuranst. in Ballenstadt i. H., hat den Charakter als San.-Rath,

Cr. *Fr. Adler*, Arzt an d. Prov.-Anst. zu Schleswig, den Rothen Adlerorden 4. Cl. erhalten.

---

[1]) Listen des Vereins sind von Dr. *Laehr*-Berlin W.-Zehlendorf zu erhalten.

Die Höhenmessung des Kopfes, besonders die Ohrhöhe.

Von

Professor Dr. **Kirchhoff**-Neustadt in Holstein.

Virchow[1]) nannte es 1877 ein Gesammtergebniss seiner Untersuchungen, „dass gegenüber der seit *Retzius* gangbaren Betrachtungsweise, wonach die Aufmerksamkeit der Ethnologen sich am Schädel wesentlich auf die Verhältnisse von Länge und Breite concentrirt hatte, die Höhenverhältnisse und zwar sowohl das Verhältniss von Länge und Höhe, als auch das von Breite und Höhe als die wichtigeren erschienen sind." Darum fand er auch niedrige Schädelformen als die am meisten characteristischen, und sagt, dass die Niedrigkeit des Schädels ein viel mehr bezeichnendes Merkmal ist, als die Länge oder Breite[2]).

Unter diesem Gesichtspunkt habe ich lange nach der brauchbarsten Methode gesucht, die Höhe des Kopfes zu bestimmen. Das Verhältniss zwischen Schädel und Gehirn ist für den Irrenarzt ja beständig von neuem Interesse gewesen. Es ist daher grade für ihn die Untersuchung des Schädels am Lebenden, das heisst die Untersuchung des Kopfes eine besonders wichtige Aufgabe.

---

[1]) *Virchow*, Beiträge zur physischen Anthropologie der Deutschen, mit besonderer Berücksichtigung der Friesen. 2. Abdruck. Berlin 1877. S. 357.

[2]) a. l. S. 252.

Einen geschichtlichen Rückblick über solche Messungen giebt *Rieger*[1]. Dabei erfahren wir, dass die Messung am Lebenden von Einzelnen allerdings ganz verworfen wurde, während Andre grade auf sie ihr Hauptaugenmerk richteten. Besonders *Krause* äusserte sich sehr dagegen, während *L. Meyer* sie empfahl. *Obernier* dachte sogar an die Möglichkeit, dass Beziehungen zwischen Kopfgrösse und psychischen Krankheitsformen beständen; er stellte die Sätze auf: „— — In den Irrenanstalten ist also das eigentliche Terrain der Kopfmessung. — — Es ist hohe Zeit, dass eine rationelle Kopfmessungsmethode Gemeingut aller Irrenärzte werde."

Es braucht dabei garnicht eine bestimmte Aufgabe gestellt zu sein, etwa mit Hülfe der Kopfmaasse den Rauminhalt des Schädelgehäuses festzustellen und daraus dann Schlüsse zu ziehen über die Grösse des Gehirns; denn wie bei jeder sorgfältigen wissenschaftlichen Untersuchung ergeben sich immer schon aus ihrer voraussetzungslosen Klarlegung neue Gesichtspunkte. Dass auch das Verhältniss von Gehirn- und Kopfgrösse durch die Ergebnisse dieser Untersuchungen mit der Zeit Aufklärung finden wird, ist gewiss möglich, wenn die Sache auch nicht so einfach liegt wie man zunächst denken möchte; so würde die Untersuchung hier z. B. schon dadurch sehr verwickelt werden, dass die am skeletirten Schädel gefundenen und genau feststellbaren Volumgrössen sehr abweichen von dem wirklichen Rauminhalt des Kopfes im Leben, denn schon beim Trocknen verändert sich das Volum der Schädelhöhle nicht unbeträchtlich[2]; natürlich müsste man gleich bei frischen Schädeln einen grossen Abzug machen, um den Raum für das Gehirn zu finden, nach *Ranke*'s Schätzungen etwa 10 pCt. Durch jahrelanges Trocknen nimmt diese Differenz noch zu; es sind daher aus Gräberschädeln berechnete Gehirngrössen schlecht mit solchen an lebenden Köpfen berechneten zu vergleichen. Dass überhaupt alle Kopfmaasse einen Abzug erleiden müssen, um sie mit Schädelmaassen zu vergleichen, wird gleich etwas näher erörtert werden. Das schliesst aber nicht aus, dass die Kopfmaasse

---

[1]) *Rieger*, Ueber die Beziehungen der Schädellehre zur Physiologie, Psychiatrie und Ethnologie. Würzburg 1882. S. 159ff.

[2]) *Ranke*, Der Mensch. Bd. I. S. 554.

unter sich doch genügend sicher vergleichbare Werthe sind, so dass also hierbei auch die absoluten Maasse Bedeutung behalten. Freilich wäre dann auch noch wieder die Kopfform zu beachten, denn Schädel mit fliehender Stirn haben nach *Ranke*[1]) 100 ccm weniger Inhalt als solche mit steil ansteigender Stirn unter der gleichen Bevölkerung (Altbayern) und bei sonst annähernd gleichen Maassen.

Es ist nicht möglich hier diese allgemeinen Fragen weiter zu verfolgen. Die Wichtigkeit der Messungen an Lebenden würde ein sehr vielseitiges und grosses Thema für sich sein. *Virchow* hält sie auch für wichtig und wohl allein im Stande die Fragen zu entscheiden, welche die Erblichkeit von Schädelformen in der Familie betreffen, da es derartige Schädelsammlungen fast garnicht gebe[2]).

Wir müssen jetzt unserer eigentlichen Aufgabe näher treten. Die Untersuchung des Schädels am Lebenden ist durch Haut und Haare mannichfach erschwert, besonders aber dadurch, dass die Schädelbasis nicht zugänglich ist. Doch ist die Profilirung des Schädels ohne Skeletirung nach verschiedenen Seiten möglich, ebenso eine genaue Feststellung einzelner Maasse. Die Kopfmaasse weichen nun von den Schädelmaassen in bestimmter und annähernd bestimmbarer Weise ab. Nimmt man mit *Vierordt*[3]) an, dass Kopfbreite und Kopflänge, also mit Einrechnung der doppelten Kopfschwarte, mindestens einen Centimeter mehr als die Schädelbreite und -länge betragen, so stimmt das annähernd mit *Merkel's*[4]) Angabe, welcher die einfache Kopfschwarte auf 5—6 mm berechnet. Es ist aber zu bedenken, dass die Tasterzirkel beim Messen so stark in die Weichtheile hineingedrückt werden, dass nach meinen Beobachtungen der Unterschied zwischen Kopf- und Schädelmessungen, sowohl bei Längen- und Breitenmessungen wie theilweise auch bei Höhendurchmessermaassen, oft kaum die Hälfte beträgt. Ich glaube im Durchschnitt ist z. B. bei

---

1) *Ranke*, Der Mensch. Bd. II. S. 260.
2) e. l. S. 230.
3) *Vierordt*, Daten und Tabellen. Jena 1893. S. 51.
4) *Merkel*, Handbuch der topographischen Anatomie. Bd. I. S. 12.

B und L[1]) nur $^1/_2$—$^3/_4$ cm von den Kopfmaassen abzuziehen, um sie mit den Schädelmaassen vergleichen zu können. Dies stimmt mit *Wilser's*[2]) Angaben, der für L am Kopfe 0,6, für B 0,8 abzieht; bei B zieht er ausser der behaarten Haut noch die Ausstrahlung der Kaumuskeln in Betracht, in beiden Fällen auch die Durchtränkung der lebenden Knochen. Natürlich ist der Unterschied bei greisenhaften Individuen und jungen Personen mit vollsaftiger Haut so bedeutend, dass der Abzug unter Umständen darnach zu modificiren sein würde. Zahlreiche Messungen an Lebenden, verglichen mit solchen an den abgesägten Calotten der bei der Obduction skeletirten frischen Schädel derselben Personen, zeigten mir, dass die Breitenmaasse annähernd immer in dem angeführten Unterschiede standen, während bei L allerdings oft Fehler den Vergleich unmöglich machten, die aus den von der Horizontalebene vielfach abweichenden Sägeschnittflächen entstanden; liefen sie dieser aber parallel, so war der Fehler geringer, besonders weil die nicht behaarte Stirn gleichmässigere Messungen gestattet.

Jedenfalls sind alle Durchmessermaasse für den Vergleich zwischen Lebenden und Toten werthvoller als die Umfangsmaasse, weil bei diesen weder durch völliges Wegschieben der Haare noch durch Druck auf die Haut die individuellen Messungsfehler zu verringern sind. Desshalb will *Vierordt* den Kopfumfang schematisch aus der Peripherie einer Ellipse berechnen, die von L und B bestimmt wird. Er giebt nach *Broca* den Horizontalumfang des Kopfes um fast 3 cm grösser an als am Schädel. *Benedikt*[3]) zählt zu den Schädelmaassen 6 pCt., um die Kopfmaasse zu er-

---

[1]) Hier sei eine Zusammenstellung der Abkürzungen gegeben, welche gelegentlich im Text benutzt werden:

B = Kopfbreite
L = Kopflänge
H = Kopfhöhe
OH = Ohrhöhe
Ost = Ohrstirnlinie
Ohh = Ohrhinterhauptslinie

} unter Benutzung der linearen Maasse am Hirnschädel, welche durch die sog. „Frankfurter Verständigung über ein gemeinsames craniometrisches Verfahren" festgesetzt sind (vgl. Correspondenz-Blatt für Antropologie etc. 1883, No. 1.

[2]) *Wilser*, Geschichte und Bedeutung der Schädelmessung in „Verhandlungen des Naturhistorisch-medicinischen Vereins zu Heidelberg." Neue Folge. VI. Bd. 5. Heft, 1901. S. 456 u. 457.

[3]) *Benedikt*, „Schädel- und Kopfmessung" in Real-Encyklopädie der ges. Heilkunde von Eulenburg. 3. Aufl. 1899. Bd. 21. S. 459.

halten. *Krafft-Ebing* hat in seinem Lehrbuche Angaben nach Messungen von *Muhr* gemacht, welche im Allgemeinen für die Maasse des skeletirten und des lebenden Schädels „um etwa 2 cm von einander differirten“, wir er mir schreibt. Da ich in meinem Lehrbuche diese Zahlen zum Theil benutzt habe, muss ich hier bemerken, dass sie trotz der Abweichung von den andern Angaben doch als orientirende Durchschnittsmaasse Geltung verdienen. Bei wiederholten Messungen an Köpfen derselben Personen findet man, wegen der Schwierigkeit, jene Fehlerquellen zu beseitigen oder immer gleichartig auszugleichen, häufig verschiedene Ergebnisse, so dass man auch bei denselben Personen Durchschnittswerthe bekommt. Etwas anders stellt sich die Sache, wenn man verschiedene Altersstufen derselben Person misst: den Nutzen solcher Messungen hebt *Bälz*[1]) hervor. Namentlich bei Frauen sind aber Messungen am Kopfumfang wegen der Haare oft recht unsicher. Desshalb wird am Lebenden ein Theilmaass des Kopfes, die Ohrstirnlinie (= Ost) wichtiger, denn dasselbe kann frei vom Haarkranz fester und sicher durch das Anlegen des Bandmaasses genommen werden. Allerdings ist dies Hülfsmaass nicht parallel der Horizontale; darum ist auch die Ohrhinterhauptslinie (= Ohh) nicht ihre Fortsetzung, wobei noch das leichtere Abrutschen des Messungskreises nach Unten zu Fehlern Anlass giebt. Trotzdem halte ich Ost für ein wichtiges Maass, denn sie steht in Beziehungen zur Ohrhöhe (= OH), welche von Bedeutung für unsere Höhenmessungen sind. Der gemeinsame Ausgangspunkt von von OH und Ost ist das äussere Ohrloch. Desshalb entsteht zunächst die Frage, ob dieses eine constante Lage hat. *Virchow*[2]) sagt hierüber: „Ausdrücklich möge hier gesagt sein, dass ich durch zahlreiche Controlversuche an den verschiedensten Stämmen und Rassen mich überzeugt habe, dass eine sorgfältige Messung an Lebenden für eine Reihe der hauptsächlichen Verhältnisse das gleiche Resultat liefert, wie an blossen Schädeln. Nur giebt es unglücklicher Weise gewisse Maasse, die sich an Lebenden nicht nehmen lassen, so das Maass der geraden (senkrechten) Höhe.

---

[1]) *Bälz*, Zeitschrift für Anthropologie etc. 1901, S. 131.

[2]) *Virchow*, Crania Ethnica Americana (Supplement zur Zeitschrift für Ethnologie 1892) S. 3.

Denn die von mir eingeführte Messung der „Ohrhöhe“ (auriculare Höhe) ist nur für Nothfälle ein approximatives Aushülfsmittel, aber sie entspricht nicht der „geraden“ Höhe des Schädels, weil die Lage des äusseren Gehörganges viel grösseren Variationen unterliegt, als die irgend eines der andern in Betracht kommenden Messpunkte.“ Diese Behauptung scheint mir nun eine Erläuterung zu fordern, welche nicht so sehr die Thatsache, als ihre Bedeutung betrifft. Eine geringe Wertschätzung der OH findet sich bei *Virchow* schon früher; in den „Beiträgen zur physischen Anthropologie der Deutschen“ sind auf S. 36ff. die Höhenmaasse des Schädels eingehend besprochen. Er erörtert zuerst den Durchmesser von der Mitte des hinteren Umfanges des Foramen magnum zur vorderen Fontanelle, wobei er den Vortheil betont, dass dies Maass wenigstens annähernd auch beim lebenden Menschen angewendet werden könne; es entspricht auch der aufrechten Stellung des Kopfes; doch habe die vordere Fontanelle (das Bregma der Franzosen) eine zu verschiedene Lage. Daher bevorzugt *Virchow* das Höhenmaass vom vordern Umfange des For. magn. zum höchsten Punkte des Scheitels. Die von *Ecker* benutzte ganze Höhe sucht von der Ebene des Hinterhauptloches aus den höchsten Punkt der Schädelwölbung. Auch diese Maasse sind am Lebenden nicht verwerthbar, da der vordere Umfang des For. m. nur an skeletirten Schädeln erreichbar ist. Die durch *v. Bär* gebrauchte „aufrechte Höhe“ geht vom hintern Rand des Hinterhauptloches aus, und zwar im Sinne einer dem obern Rande des Jochbogens parallelen Horizontalen; *v. Ihering* wählte zu demselben Zwecke als Horizontale eine von der Mitte der äussern Ohröffnung zum untern Rande der Augenhöhle gezogene Linie und suchte senkrecht auf ihr die grösste Höhe, wo sie sich findet, nicht von einem bestimmten Punkte aus, etwa dem Ohrloche. Daher ist die von *Virchow* eingeführte Ohrhöhe (s. u.) für vergleichende Messungen viel besser. Wie wir später noch eingehender sehen werden ist sie durch ihren Ausgang vom Ohrloche aus praktisch auch desshalb so werthvoll, weil sie in fester, fast constanter Beziehung steht zur Mitte des vorderen Randes des grossen Hinterhauptloches, eines ungemein sicheren Punktes (cf. *Virchow* am zuletzt a. O. S. 40) (äussere Ohröffnung und dieser Punkt liegen ziemlich in derselben Frontalebene S. 43). Die am

durchsägten Schädel von diesem Punkt zur Naso-Frontalnaht gehende Schädelgrundlinie (Naso-Basilarlinie) wäre nun die constanteste Horizontale, auf die die Höhenmessung sich gründen liesse (cf. *Virchow* a. a. O. S. 42), aber sie ist am Lebenden nicht zu projiciren, ausserdem würde es eine natürliche aufrechte Höhe, vertikal zu ihr, nicht geben. Da nun die Ohröffnung auch für die Längenmaasse wichtig ist, hat *Virchow* eben die äussere Ohröffnung auch als Ausgangspunkt für eine Höhenmessung gewählt, welche er auf die Horizontale der Auriculo-Orbitallinie stellt. Er bringt (cf. a. a. O. S. 44) den zu messenden Kopf (oder Schädel) in diese Horizontale, führt den beweglichen Arm seines Stangenzirkels in dieser Horizontalebene, senkrecht gegen die Sagittalebene, in die äussere Ohröffnung ein, stellt die Führungsstange des Zirkels senkrecht gegen die Horizontale und bringt alsdann den oberen Arm auf die Scheitelhöhe und zwar auf den in senkrechter Richtung über der Ohröffnung höchsten Punkt.

Dann führt er weiter aus (S. 44), dass diese seine auriculare oder Ohr-Höhe die ganze Höhe nicht ersetzen könne, denn die Stellung der äusseren Ohröffnung biete im Verhältniss zum Hinterhauptsloche so viele Abweichungen dar, dass nur eine approximative Vergleichung beider unter einander möglich sei. Später (S. 127) fand er aber z. B. bei einer Reihe von Messungen, dass die Ohrhöhe im Mittel um 20,7 mm geringer sei als die „ganze Höhe“ vom Hinterhauptsloche aus. Indem er dann (S. 44) die „ganze Höhe“ definirt als von der Mitte des vordern Randes des Hinterhauptsloches aus gemessen, also nicht von der durch vordern und hintern Rand bestimmten Ebene des Hinterhauptsloches aus, giebt er uns die beiden Höhenmasse, welche als OH = Ohrhöhe, und H = ganze Höhe die Grundlage unserer Ueberlegungen sind. Wenn es möglich wäre eine constante Differenz zwischen ihnen zu finden, so würde die am Lebenden messbare OH + dieser Differenz mit H selbst zu vergleichen sein und könnte diese ersetzen. Dass dies der Fall ist, glaube ich schon hier sagen zu können unter Hinweis auf spätere Erörterungen. Vorher aber möchte ich die von *Virchow* festgestellte Thatsache der grossen Variation in der Lage des äussern Gehörganges noch nach einer andern Seite hin zu begrenzen versuchen, wodurch der Werth dieses Ausgangspunktes von OH doch an Bedeutung gewinnen dürfte.

Die Verschiedenheit der Lage des Gehörloches steht in einem gewissen Verhältniss zur Länge der Ohrstirnlinie; die Entfernung vom Nasenstachel bis zum Ohrloch ist beim normalen Schädel durchweg constanter als die Ohrhöhe, nur selten scheint bei Verkürzung von Ost eine Compensation in der Richtung von OH einzutreten. In Beziehung zum Horizontalumfang ist der vor dem Ohrloch liegende Theil des Schädels in seinen Maassen weniger schwankend als der dahinter liegende, welcher durch die Ohrhinterhauptslinie (= Ohh) gemessen wird. Nennt man die beide Ohrlöcher verbindende Linie die Ohrlinie, so ist der hinter dieser liegende Theil des Längsdurchmessers bei Dolichocephalen bei der Ausdehnung von L viel mehr betheiligt, als der vor ihr liegende Abschnitt; ähnlich ist bei Brachycephalen der Abschnitt von L vor der Ohrlinie constanter als der hinter derselben liegende, so dass also wesentlich in Verkürzung des hinteren Abschnittes die Brachycephalie zum Ausdruck kommt. *Virchow* [1]) sagt hierüber, der vordere Theil des Schädels unterliege ungleich geringeren Schwankungen der Maasse als der hintere. Er citirt Lélut, welcher bei 100 Schädeln von Idioten oder Blödsinnigen das mittlere Maass unter dem normalen Mittel fand, aber so, dass diese Verminderung hauptsächlich am hintern Umfange des Schädels stattfand; er schloss aus seinem Befund, dass die Entwicklung der Occipitaltheile des Gehirns den grössten Einfluss auf die Entwicklung der Intelligenz ausübe. Da sich aber gleiche Intelligenz bei Lang- und Kurzschädeln findet, ist es klar, dass die Bedeutung der Schädelhöhe hier mehr hervorzuheben ist. Jedenfalls ist aber eine starke Verkürzung von Ost wichtiger als eine solche von Ohh, wobei vielleicht auch die Entwicklung der auf dem vorderen Abschnitt liegenden Stammganglien eine Rolle spielt, wie wir später sehen werden. Vermuthlich sind die Ursachen dieser Constanz von Ost in den festen Verbindungen der vordern Schädelbasis mit den Gesichtsknochen zu suchen, nach *Virchow* auch in der vorschnellen Synostose dieser Theile. So extreme Unterschiede, wie *Virchow* sie (a. a. O. S. 974) selbst anführt — er giebt eine Reihe von Basismessungen, bei denen die Naso-Basilarlinie vom vordern Umfang

---

[1]) *Virchow*, Gesammelte Abhandlungen. 1856. Zur Pathologie des Schädels und Gehirns. S. 916.

des Foramen magnum bis zur Nasenwurzel zwischen 10,8 und 8,05 cm liegt, also um 2,75 cm differiren könne — sind jedenfalls Ausnahmen.

Es giebt nun noch eine andere schon oben angedeutete feste Beziehung des Ohrloches zu nicht sichtbaren Schädeltheilen, welche als constant gilt und daher von Bedeutung wird für unsere Untersuchungen, welche als Endziel den Kopf des Lebenden im Auge haben. *Langer*[1]) weist schon für die Schädelentwicklung nach, dass die Verschiebung, welche der äussere Gehörgang erfährt, auch die Gelenkhöcker des Hinterhauptes betrifft. Nach *Froriep*[2]) liegt der hintere Rand der äusseren Gehöröffnung, der dem vordern Rand des Zitzenfortsatzes gleich zu setzen ist, in einer Linie mit der Mitte der Gelenkfortsätze des Hinterhauptsbeines. Dies heisst natürlich nicht in einer Horizontalen, sondern: die Verbindungslinie der hinteren Ränder der Ohröffnungen fällt in vertikaler Richtung nicht viel vor oder hinter die Mitte der Gelenkfortsätze. Allerdings ist diese Mitte auch noch eine näher zu erörternde Angabe, um so mehr als *Virchow* (am zuletzt angef. Orte S. 70) nur sagt, dass der hintere Umfang des äussern Gehörgangs „nahezu der Lage der Gelenkfortsätze des Occipitalwirbels entspricht.“ Da *Virchow* hier von der Messung der Schädelbasislänge mittelst der von ihm aufgestellten Basilarlinie handelt, könnte man noch fragen, ob *Froriep* etwa die Mitte zwischen den Gelenkfortsätzen meint, d. h. also den Punkt am vorderen Rande des Foramen magnum, welchen man jetzt auch Basion nennt. Es ist aber die Mitte der Gelenkfortsatzflächen gemeint, wie man sich bei Betrachtung normaler und der meisten pathologischen Schädel überzeugen kann. Natürlich muss man die Vorsicht brauchen die Betrachtung der Basis mit Rücksicht auf die Horizontalebene auszuführen, weil sonst sofort Verschiebungen der Gelenkfortsätze vor oder hinter die Ebene erfolgen, welche aus der senkrecht auf die Horizontalebene durch die Ohrachse zu legenden Konstruktion entsteht. Ich nenne diese Ebene die Ohrebene; sie enthält in sich auch die Ohrhöhe. Das

---

[1]) *Langer*, Anatomie der äusseren Formen des menschlichen Körpers. Wien 1884. S. 112/113.

[2]) citirt bei *Virchow*, Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes. Berlin 1857. S. 8.

Basion liegt **vor** dieser Ebene, im Durchschnitt fast um 1 cm. Da vom Basion aus die **ganze Höhe** des Schädels gemessen wird, so liegt also die frontale Ebene, in welcher diese ganze Höhe gemessen wird, an der Schädelbasis 1 cm im Durchschnitt **vor** der **Ohrebene**, während diese Ebenen sich im Scheitel meistens schneiden. Praktisch ist diese Abweichung für unsere Untersuchung, bei der die Differenz von H und OH festgestellt werden soll, ohne Bedeutung, da diese basale Verschiebung für den Höhenunterschied kaum $^1/_2$ mm beträgt.

Die deutsche Horizontalebene durchschneidet die Ohrebene also in der Ohrachse; dadurch wird von der ganzen Höhe, welche hier im Sinne der eben gemachten Auseinandersetzungen zusammenfallend zu denken ist mit OH + der unter der Ohrlinie liegenden Fortsetzung nach dem Basion, eben dieser Theil abgeschnitten. Dieser Theil sei vorläufig als OH_u bezeichnet und bedeute die Entfernung vom Basion bis zur Mitte der Ohrachse. Dieses OH_u ist eine nahezu constante Grösse sowohl bei normalen wie bei pathologischen Schädeln. Die schon oben citirte Mittheilung *Virchows* über die Differenz von 20,7 mm im Mittel zwischen Ohrhöhe und ganzer Höhe ist die grösste Angabe, die ich darüber finde. *Benedikt*[1]) giebt allerdings nur 1,4 cm als Mittel an, fügt aber hinzu, dass gerade bei diesem Maasse der Werth seiner diagrammatischen Methode sehr zweifelhaft sei. Da meine auf direkten Messungen an Schädeln beruhenden Resultate im Durchschnitt eine Differenz zwischen H und OH ergaben, die immer etwas unter 2 cm blieb, so glaube ich, dass man als normales bisher festgestelltes Maas von OH_u eine Grösse von 2 cm annehmen darf. Man kann sich schon durch einfaches Visiren überzeugen, dass diese Grössenangabe auch für pathologische Schädel stimmt. Selbst so schwere Veränderungen, wie die von *Virchow*[2]) beschriebenen basilaren Impressionen führen nicht leicht zu einer Abnahme von OH_u, da der Rand des Hinterhauptsloches nicht immer mit verschoben ist, wenn die weitere Umgebung gegen den Schädelraum eingedrückt erscheint. Bei Mikrocephalen und Hydrocephalen habe ich keine auffallende Abweichung von 2 cm für OH_u gefunden.

---

[1]) *Benedikt*, a. a. O. S. 448.

[2]) *Virchow*, Beiträge zur phys. Anthrop. S. 317, 348 u. 349.

Also bei Schädeln, wo die ganze Höhe H bedeutenden Schwankungen unterliegt, können wir durch Abzug dieser annähernd constanten Grösse, ohne zu grosse Fehler zu machen, die richtige Grösse der (oberen) Obrhöhe OH feststellen. Oder anders ausgedrückt und für unsere Zwecke entscheidend, OH ist ein sicheres Maass für die Kopf- und Schädelhöhe, da $OH + OH_u = H$ ist. Wir finden demnach zum Vergleich mit andern Messungen nach Feststellung der vom Kopf allein ausführbaren Höhenmessung von OH, die ganze Höhe H durch Addition von 2 cm zu OH. Natürlich gilt dies nur für erwachsene Individuen; es scheint mir aber zwischen Männern und Frauen dabei kein Unterschied vorzuliegen, wie denn die Höhenindices gelegentlich weniger sexuelle Unterschiede zeigten als die übrigen Schädelindices, z. B. bei einer Messungsreihe von *Virchow.*[1]) Da OH eben nicht gleich H ist, wird durch Berechnung von OH-indices ein von den H-indices abweichender Index eingeführt, hier und da auch benutzt; ich habe bei dieser Untersuchung über die Constanz von OH und OH_u vorläufig für besser gehalten, eine Berechnung der OH-indices noch nicht durchzuführen. Sollten meine Auseinandersetzungen anerkannt werden, so würde ich auch OH-indices benutzen, um vielleicht das Schädelvolum am Lebenden schätzen zu können. Wahrscheinlich würde man dabei dann besonderen Werth auf den Breitenhöhenindex legen müssen, mehr als auf den Längenhöhenindex, oder doch auf die absoluten Differenzen der Breiten- und Höhenmasse, wie *Welcker*[2]) es thut: da zwischen Längs- und Höhendurchmesser ein weit constanteres Verhältniss bestehe, als zwischen Breiten- und Höhendurchmesser, so zeigten sich die Höhenunterschiede in der Frontal- oder Occipitalansicht in einem viel ausgiebigeren Spiele, als in der Seitenansicht.

Wenn ich in meinem Lehrbuch für Psychiatrie als Durchschnittsmaass von OH bei Männern 11,0 und bei Frauen 10,5 angegeben habe, so ist zu bemerken, dass unsere schleswig-holsteinische Bevölkerung eine chamaecephale ist; anderswo, z. B. bei *Vierordt*[3])

---

[1]) cf. *Virchow*, Beiträge zur phys. Anthrop. S. 187.

[2]) cf. *Ranke* a. a. O. Bd. II. S. 212 ff. und *Welcker* im Archiv f. Anthropologie. Bd. I. 1866. S. 152.

[3]) *Vierordt*, a. a. O. S. 42.

findet man daher auch, wenn man 2 cm von seinen Höhenangaben H bei Männern 13,5, bei Frauen 13,0 abzieht, für OH 11,5 und 11,0. *Benedikt*[1]) giebt für OH sogar 11,7 im Durchschnitt an. Bei *Krause*[2]) ist H = 12,1 und 11,9 im Durchschnitt. *Pfitzner*[3]) fand Durchschnittsgrössen von 12,2 und 11,6. Doch es ist zwecklos diesen Verschiedenheiten hier nachzugehen, die ja zu den verwickelsten Problemen gehören; es sollte hier nur die Rassenverschiedenheit angedeutet werden, welche meine Angaben hervorgerufen hat.

Vielleicht ist noch der Einwand zu berücksichtigen, dass OH_u bei sehr flachem Sattelwinkel kleiner sein muss, als bei sehr steilem Winkel; doch sind diese Abweichungen in der Höhe so gering, dass sie zunächst keine grosse praktische Bedeutung für unsern Zweck haben, soweit wenigstens als genaue Messungen möglich sind.

So ist die Lage des Ohrloches doch eine relativ fixe und wenigstens für unsre Messungen brauchbare. Wenn man nun in der wechselnden Lage des äussern Gehörganges noch etwas Gesetzmässiges feststellen könnte, so würde man dadurch einen Ausdruck fester Beziehungen einzelner Schädeltheile zu einander gewinnen können; in diesem Sinne ist das Verhältniss der Ohrstirnlinie zum Ohrloch noch einmal einer Betrachtung zu unterziehen.

Beim kindlichen Hirnschädel, welcher relativ lang ist, besonders in dem Theil hinterm Ohr[4]), ist dies schon früher besprochene Verhältniss noch kein so festes wie beim Erwachsenen; es bildet sich erst heraus, nachdem die vordere Schädelbasis eine Zeitlang relativ stärker nach allen Richtungen gewachsen ist. In seitlicher Projection betrachtet läuft Ost (vom Ohrloch zur Glabella) nicht parallel sondern im Winkel auf die Horizontal-Umfangslinie HU des Kopfes zu.

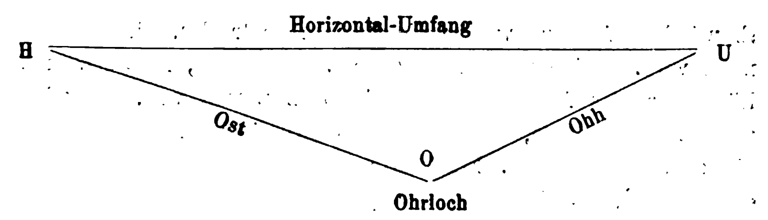
---

[1]) *Benedikt*, a. a. O. S. 446.

[2]) *Krause*, Anatomie. S. 55.

[3]) *Pfitzner*, Social-anthrop. Studien (Zeitschr. f. Morphol. u. Anthrop. IV, S. 66.

[4]) *Langer*, a. a. O. S. 118.



Die Entfernung zwischen HU und O ist allerdings bis zu einem gewissen Grade eine willkürlich schwankende, da die Glabella kein in der Höhe genau fixirbarer Punkt ist. Es handelt sich hier aber nur um approximative Werthe, um die Richtigkeit der ganzen Ueberlegung zu erörtern; daher ist es auch richtig zu sagen, dass je grösser die Summe von Ost+Ohh ist, desto länger der Schädel sein muss, und dass bei gleichem Horizontalumfang der Abstand zwischen HU und O mit der Summa von Ost+Ohh wächst. Hat man also einen mesocephalen Schädel vor sich, so folgt aus einem grossen Abstande zwischen HU und O, dass der Winkel HOU weniger flach, oder mit anderen Worten, dass die Neigung der Schädelbasis grösser, der Sattelwinkel steiler ist, weil dieser annähernd dem Verlauf von Ost entspricht. Nennen wir HOU den **Ohrwinkel**, so lässt seine Grösse Schlüsse zu über die Flachheit oder Steilheit des Schädelgrundes. Dass der Winkel zwischen HU und HO theoretisch ein genaueres Maass für dieselbe Thatsache sein würde, ist kein Einwand gegen die Verwerthbarkeit des Ohrwinkels als Schätzungsmaass bei der Betrachtung eines Kopfes, denn die Projicirung jenes andern Winkels ist praktisch am runden Kopfe nicht ausführbar. Vielleicht wird man am Lebenden die Länge der Schädelbasis mittelst *Virchow*'s[1]) Basilarlinien genauer als mit Ost feststellen können; ich habe diese Methode bisher aber nicht verwerthet, weil sie mir früher nur für Messungen des **Gesichtsschädels** wichtig schien. Im Ohrwinkel haben wir aber für Schätzungen der Grösse des Sattelwinkels ein brauchbares Hülfsmittel.

Die praktische Verwerthbarkeit von OH hat durch *Rieger*[2])

---

[1]) *Virchow*, Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes. S. 70.

[2]) *Rieger* 1. Eine exacte Methode der Craniographie. Jena 1885. S. 2 ff. 2. Ueber die Beziehungen der Schädellehre zur Physiologie, Psychiatrie und Ethnologie. Würzburg 1882.

Einwände gefunden, welche die Horizontale treffen, die dabei be
nutzt wird. Seine Einwände haben viel für sich, insofern er all
Höhenmaasse auf eine Horizontale bezogen wissen will, die wie di
von ihm aufgestellte, Gesichts- und Gehirnschädel besser trennt al
die sog. deutsche (cf. Frankfurter Verständigung der anthropol
Gesellschaft), welche aber der physiologisch vom Lebenden be
nutzten Horizontalstellung des Kopfes besser entspricht. Grad
diese dem Untersuchten bequeme Kopfhaltung erleichtert die Fest
stellung von OH, während sie nach *Rieger*'s Methode eine seh
gezwungene und lästige sein würde; ausserdem ist dieselbe bishe
nicht so allgemein üblich geworden und erlaubt keine Vergleich
mit den Messungen der Anthropologen.

Eine Zeitlang habe ich gehofft mit Hülfe von OH auch seit
liche Verschiedenheiten der Schädelhälften zum Ausdruck zu bringen
Die Messungen am Lebenden sind oft recht verführerisch; man er
kennt solche seitliche Differenzen ja leicht schon beim ersten An
blick. Man verschiebt aber die Horizontalebene während der Unter
suchung nur zu oft im Sinne einer Differenz, weil der Scheitel
punkt für die Spitze des Schiebezirkels nicht genügend sicher fest
zuhalten ist. Vergleichende Untersuchungen an Schädeln zeigen
auch, dass man bei richtig gestellter Horizontalebene, sowohl von
rechts wie von links aus messend, mit der Spitze des Instruments
den höchsten Punkt des Scheitels meistens nur auf der höher ent
wickelten Schädelhälfte finden kann und muss, dass also die fürs
Auge deutlich vorhandene Höhendifferenz beider Seiten bei dieser
Messung verschwindet, weil man nur den Scheitelpunkt einer
Seite zur Verfügung hat, ausserdem liegt dieser auch noch oft
seitlich von der Sagittalebene. Noch verwickelter würde die Auf
gabe, wenn *Benedikt*'s[1]) Angabe zutrifft, dass die Ohrenachse fast
nie senkrecht auf der Medianebene steht, so dass in der Regel das
rechte Ohr weiter rückwärts stehe als das linke. Ich habe es da-
rum aufgegeben auf beiderseitige Messungen von OH Werth zu
legen; eher würde man in dem sog. Ohrbogen ein Maass haben,
welches die seitlichen Unterschiede der Schädelhöhenentwicklung
nach Form und Grösse zur Anschauung und zum Ausdruck bringen
könnte. *Benedikt*[2]) giebt als normales Mittel des Ohrbogens

[1]) *Benedikt*, a. a. O. S. 478.

[2]) *Benedikt*, a. a. O. S. 455.

32,9 cm an bei einer physiologischen Schwankungsbreite von 29—34. Ich habe nach oben höhere Zahlen gefunden; doch sind Dichtigkeit des Haarwuchses, besonders bei Frauen, Dicke der Ohren, Unterschiede des Breitendurchmessers in verschiedenen Höhen, Hindernisse für die Brauchbarkeit des Ohrbogens. *Pfitzner*[1]) nimmt am Lebenden für die Entfernung von Ohrloch zu Ohrloch, mit dem Bandmaass über den Scheitel hinweg gemessen, statt des Ohrloches als Ausgangspunkt das obere Ende des Tragus.

Auf die Konstanz der Lage des Ohrloches haben nun noch ganz andere Untersuchungen ein Licht geworfen, welche dessbalb auch für uns wichtig sind. Es sind dies die Untersuchungen der Anthropologen und Vertreter der plastischen Anatomie über die Stellung des Ohres am Kopfe. *Ranke*[2]) berichtet darüber: Man hat viel davon gesprochen, dass das Ohr bei gewissen Völkern eine höhere Stellung am Kopfe habe als bei anderen, worin man mit Recht eine gewisse Affenähnlichkeit erblicken müsste. So sollten nach *Hyrtl* nicht nur die Statuen aus der ersten Periode der bildenden Kunst in Aegypten (auch bei manchen altgriechischen Werken), sondern auch die ältesten ägyptischen Mumien besonders hochgestellte Ohren zeigen. — — Man wollte an ägyptischen Mumien und einem in Paris lebenden Kopten Hochstellung der Ohren gefunden haben. — Doch haben genaue Messungen *Langer*'s dies nicht bestätigt: weder bei den alten noch den modernen Aegyptern liege das Ohr höher wie bei Europäern. Zu hoch sitzende Ohren sind nach *Langer* in der altägyptischen Kunst nur bei monumentalen Werken im streng konventionellen Stil, aber nicht bei eigentlichen Portraitdarstellungen angebracht worden. *Ranke* entwickelt nach *Langer* die organische Unmöglichkeit einer so hohen Lage des Ohres bis in die Linie der Lidspalte; gelegentlich könne es wohl tiefer als normal liegen, ein Verhältniss, welches sich aus der Entwicklungsgeschichte erkläre, da das Ohr viel weiter nach vorn und unten am Halse angelegt werde und erst durch die Entwicklung der Kiefer seine normale Stellung am Kopfe erhalte. *Ranke* sagt auch in Uebereinstimmung mit *Virchow*[3])

[1]) *Pfitzner*, Social-anthropologische Studien. Zeitschr. für Morphologie und Anthropologie. Bd. IV, Heft 1. 1901. S. 38.

[2]) *Ranke*, Der Mensch. 2. Aufl. Bd. II. S. 43 ff.

[3]) *Virchow*, Beiträge zur phys. Anthropol. S. 358.

in geringem Grade stehe bei Frauen das Ohr stets tiefer als bei erwachsenen Männern, ebenso bei Kindern.

Sehr zu beachten sei, dass bei den menschenähnlichen Affen, namentlich ausgeprägt beim Gorilla, das Ohr wirklich viel höher am Kopfe sitze als bei dem Menschen.

Diese für die Anthropologie sowie für die plastische Kunst so wichtigen Auseinandersetzungen führen zu dem Ergebniss, dass eine auffälligere Lageverschiebung des Ohrs nicht vorkommt; *Langer*[1]) sagt: „weil der Gehörgang unter allen Umständen an die Schädelbasis angeschlossen ist und geradezu eine Art Fixpunkt abgiebt.“ Er liege nicht höher als in der Linie des oberen Randes vom Nasenflügel.

Es ist noch an die Möglichkeit zu denken, dass die Stellung des Ohres in der Vertikalen in Folge entwicklungsgeschichtlicher Störungen wechseln und desshalb zu einem Ausdruck für Intelligenzunterschiede dienen kann, die mit Hemmungen in der Entwicklung der Schädelbasis verbunden sind. Wie wir später sehen werden ist die Höhe in manchen Fällen geistiger Minderwerthigkeit gering; *Benedikt*[2]) sagt, dass bei abnormen Individuen, besonders bei Geisteskranken und Degenerirten (Verbrechern) grade der Höhenradius in der Entwicklung gern zurückbleibt. Da die Stellung der äussern Ohröffnung beim Embryo (in der fünften Embryonalwoche) von unten nach oben heraufrückt[3]) — aus der Höhe der Mundspalte steigt sie langsam in die Normalstellung beim Erwachsenen — so sind solche Wachsthumshemmungen besonders für OH_U denkbar; doch sind grade hierin beim Erwachsenen, wie wir früher sahen, grössere Unterschiede im Abstand des basions von der Horizontalebene nicht vorhanden. Die Entwicklungsgeschichte zeigt andrerseits, dass während des Wachsens „die Höhe der Hirnschale unter allen Dimensionen den geringsten Zuwachs erfährt“[4]). Wenn H also eine besonders constante Grösse wird, OH_U nur sehr geringe Schwankungen zeigt, ist OH ein wichtiges absolutes Maass.

---

1) *Langer*, a. a. O. S. 158.
2) *Benedikt*, a. a. O. S. 474.
3) cf. *Merkel*, a. a. O. S. 173.
4) *Langer*, a. a. O. S. 113.

Zu beachten ist bei OH, dass schon gleiche absolute Differenzen mehr wie bei B und L ins Gewicht fallen: z. B. der Unterschied von 16 und 14 bei B, verhält sich bei einem Unterschied von 12 und 10 bei OH, wie der 8. zum 6. Theil des Ganzen.

Sehr zu bedauern ist es, dass wir für die hinter dem Ohrloch liegenden Theile in Ohh nur ein so unsicheres Maass haben; darum sind die relativen Differenzen des Vorderhauptes, welche Ost ausdrückt, allerdings um so bedeutsamer, aber für die Grösse des Hinterhauptschädels haben wir nur ein annäherndes Maass in dem Unterschied von L minus Ost. Wegen der verschiedenen Grösse des Ohrwinkels lassen sich Ost und Ohh nicht, zum Zwecke des Vergleichs, auf HU projiciren. Auffällige Unterschiede in der Länge von Ost und Ohh können aber direkt durch Zahlenverhältnisse ausgedrückt werden: z. B. Ost: Ohh ist normal 30 : 24 d. h. 5 : 4; bei einem dementen Epileptischen war es 30 : 20 d. h. 3 : 2 resp. 5 : $3^{2}/_{3}$. In solchen Fällen von schwach entwickeltem Hinterhaupt sitzen die Ohren weit nach hinten; *L. Meyer*[1]) giebt dasselbe Verhalten bei progenaeer Schädelbildung an. Das relative Ueberwiegen von Ost in dem angeführten Beispiel ist gewiss auch sonst oft nur die Folge eines absoluten Minus von Ohh. Hier ist also Ohh, weil schwankender als das constantere Ost, für die Verhältnisszahlen wichtiger. Das kindliche Verhältniss, Ost annähernd = Ohh, findet sich sehr selten beim Erwachsenen[2]); dann scheint es aber, wie bei *Immanuel Kant*, als Attribut eines intelligenten Kopfes anzusehen sein. *Kant* hatte einen sehr grossen runden Schädel; bei Langschädeln überhaupt nähert sich Ohh oft der Grösse von Ost. Dolichocephalen mit relativ besonders grosser Ohh, bei normaler Entwicklung des Schädels, also bei normalen Verhältnissen von H und B, scheinen besonders oft geistig begabte Menschen zu sein. Darnach wäre Ohh für die Beurtheilung dieser Intelligenzfragen vielleicht wichtiger als Ost; man darf aber nicht ausser Acht lassen, dass hierbei wieder Rassenverhältnisse eine grosse Rolle spielen. *Benedikt*[3]) nennt die Entfernungen des vordern und des hintern Schädelpoles von einer etwa durch die

---

[1]) *L. Meyer*, Crania progenaea im Archiv f. Psych. I. 96.

[2]) *Langer*, a. a. O. S. 117.

[3]) *Benedikt*, a. a. O. S. 477/78.

Mitte des Ohres gelegten Querebene die retro-auriculäre und die praeauriculäre Länge; er findet eben in ihrem Verhältniss Rassenunterschiede, die er so zu sagen als klinische Abweichungen ansieht. Bei der deutschen Rasse gehöre geringe postauriculäre Verkürzung zum Rassentypus; Verkürzungen über 25 pCt. hält er hier jedenfalls für pathognomisch.

Wichtige Beziehungen der Hirngegenden zur Ohröffnung haben auch die Chirurgen gefunden. Für Operationen am Kopfe sind die Verschiebungen in der Lage der Hirnfurchen und Windungen mit sich ändernder Schädelform von grosser Wichtigkeit. *Waldeyer*[1]) bemerkt unter Hinweis auf *A. Froriep* darüber, dass man wesentlich zwei Typen der Hirnlage im Schädel zu unterscheiden habe, die letzterer als den frontipetalen und occipitopetalen Typus benenne. Der frontipetale Typus findet sich bei kurzen und hohen Schädeln; hierbei sind alle Furchen und Windungen weiter nach vorn zu finden, als bei den Durchschnittsformen; bei langen und niedrigen Schädeln verschieben sich die Furchen und Windungen nach hinten und unten — occipitopetaler Typus. Nach *Froriep* komme hierbei hauptsächlich das Hinterhaupt in Betracht; er führt diesen dann wörtlich an: „Je bedeutender die Länge des Hinterhaupts hinter der Ohröffnung ist und je mehr sich die Protuberantia occipitalis externa zur Horizontalen oder gar unter diese neigt, desto sicherer ist auf die dem occipitalen Typus entsprechende Lagerung des Gehirns zu rechnen, und umgekehrt ist der frontipetale Typus zu erwarten, wenn die Ohroccipitallänge gering ist und wenn der Hinterhauptstachel hoch steht.“ Man bekomme durchaus den Eindruck, als ob beim Uebergange aus dem frontipetalen in den occipetalen Typus das Gehirn eine Rotation um eine horizontale Queraxe und eine Verschiebung seiner hinteren Abschnitte nach hinten und unten erfahre; die Verschiebung nach hinten lasse sich direkt feststellen. Es komme dabei auf die absolute Länge des Schädels an, nicht auf den Schädelindex, so dass also nicht etwa ein Brachycephale nothwendig eine frontipetale, ein Dolichocephale eine occipitopetale Hirnlage haben müsse. Ueberschreite die absolute Länge des Schädels ein gewisses Maass,

---

[1]) *Waldeyer*, Topographie des Gehirns in Deutsch. med. Wochenschrift 1901, No. 27, S. 446.

so lege sich das Gehirn nach dem occipitopetalen Typus, bleibe sie unterhalb dieses Maasses, so komme der frontipetale Typus heraus. Auch die Höhe habe einen gewissen Einfluss; die Horizontale ist dabei die von der Frankfurter Vereinigung angenommen. Die angegebenen Thatsachen zeigen auch wieder wie constant die Grösse von Ost ist, während Ohh grösserem Wechsel unterliegt, so dass also grössere Abweichungen des Maasses von Ost die grössere Bedeutung für die Entwicklung des Hirns zu haben scheinen.

Von besonderem Interesse ist die Lage der Stammganglien des Gehirns zur Ohröffnung. Die Ohrebene scheidet die Stammganglien nämlich in der Regel fast in der Mitte, wie dies z. B. die schönen Abbildungen *Hermann*'s[1]) zeigen. Damit stimmt die von *Waldeyer*[2]) mitgetheilte Angabe *Tillaux*' überein, dass die grossen Hirnganglien in toto über der äussern Ohröffnung so gelegen seien, dass diese Oeffnung ungefähr ihrer Mitte entspricht. Durch ihre dichte Fixirung an der Schädelbasis sind die Stammganglien natürlich Verschiebungen wenig ausgesetzt. Während der normalen Entwicklung bleiben sie ziemlich unverändert vorm Foramen magnum, während der Hirnmantel durch die Ausdehnung der Vorderhirnblasen von vorn nach hinten grosse Lageänderungen erfährt. Abnorme Abweichungen der Lage der Stammganglien sind natürlich nur an der Leiche festzustellen. *Virchow*[3]) berührt die Grössenverhältnisse der Stammganglien mit der Angabe, dass er namentlich bei Geisteskranken oft genug eine grössere Kleinheit der Streifen- und Sehhügel gefunden habe. Genaue Messungen über Lage und Grösse der Stammganglien sind noch erwünscht; *Huschke*'s Angaben[4]) über die Grösse z. B. der Sehhügel mit Hülfe kleiner Vierecke aus Messingblech von 25—1 qmm., die zur Ausmessung der Oberfläche dienten, lassen ein Ueberwiegen der Sehhügel beim Weibe annehmen; doch bedürfen sie gewiss

---

[1]) *Hermann*, Lehrbuch der topographischen Anatomie. 1901. Bd. I. S. 136/137.

[2]) *Waldeyer*, a. a. O. S. 466.

[3]) *Virchow*, Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes. S. 107.

[4]) *Huschke*, Schädel, Hirn und Seele des Menschen und der Thiere. Jena 1854. S. 101.

noch umfangreicherer Kontrolle. Weiter unten komme ich noch zurück auf diese Frage.

Nach dem epochemachenden Hinweis *Virchow*'s auf die Bedeutung des Schädelgrundes als Ausgangspunkt der Veränderungen des Schädels sind über 50 Jahre vergangen, ohne dass dieser Gesichtspunkt für Schädelmessungen am Lebenden so genügend ausgenutzt ist, wie er es verdient. Da aber er selbst später die Brauchbarkeit des von ihm eingeführten Maasses für OH so wesentlich eingeschränkt hat, so ist es werthvoll hier noch die Methode ins Auge zu fassen, welche dann *Benedikt*[1]) für Höhenmessungen in der Kraniometrie benutzt. Seine Höhen- und Breitenmessungen gehen von Punkten aus, die den Gehöreingängen benachbart sind. Er legt eine biauriculäre Querachse, Ohrenbreite OO, zwischen die tiefsten Punkte des post- und supra-auriculären Grübchens, welches durch das Auseinanderweichen des hintern Ursprungs der Jochwurzel entsteht. In geistreicher Weise hat er dann die Lage des medianen Punktes dieser Querachse berechnet und von diesem aus normale Höhenverhältnisse angegeben; die Entfernung von demselben bis zum Scheitel ist aber mit unserer OH nicht genau zu vergleichen, weil sie nicht senkrecht auf der deutschen Horizontalen steht. Sein Durchschnittsmaass (von basion bis höchste Scheitelhöhe) ist mit 13,5 ein hohes, vermuthlich wohl durch Rasseneigenthümlichkeit bedingt, wie früher erörtert; so wiederhole ich hier, dass z. B. alle meine Messungen an schleswig-holsteinischen Köpfen geringere Maasse ergaben, während die dazwischen eingestreute Bevölkerung aus andern Theilen Deutschlands vielfach höhere Zahlen zeigte. Indem *Benedikt* mit Hülfe von Diagrammen aus der Entfernung der beiden Endpunkte der Ohrenachse nach dem untern Ende des Nasenstachels und der Nasenwurzel die Lage jenes medianen Punktes berechnet, nimmt er dann noch das Maass der Entfernung vom untern Ende des Nasenstachels zum Bregma — ein nur wenig variables Maass —; die daraus berechenbare Höhe ist also annähernd mit OH übereinstimmend.

Um die Höhe am Schädel und Kopf desselben Individuums zu vergleichen, habe ich folgenden Weg einzuschlagen, da man ja

---

[1]) *Benedikt*, a. a. O. S. 446 u. 451.

selten in die Lage kommt bei Obductionen einen Schädel auszulösen und ihn nach der Skeletirung zu messen. Es wurde versucht, nach möglichst parallel zur Horizontalen ausgeführten Absägung der Calotte und Herausnahme des Gehirns, mit Instrumenten den vordern Rand des Foramen magnum, das basion zu erreichen; doch ist es nicht möglich dies sicher auszuführen, weil der starke Bandapparat um den Dens des Epistropheus dies verhindert. Man könnte eher an den hintern Rand des Foramen magnum in der Sagittalebene herankommen, dann die Entfernung bis zur Sägeschnittebene in der Senkrechten messen und dazu die Calottenhöhe bis zum Scheitel zählen. Ausserdem muss dann noch die Schädeldicke am Scheitel hinzukommen; am sichersten nach Aussägung eines Quadranten aus dem Schädeldach. Diese ganze Messung ist aber zu complicirt und reich an Fehlerquellen, so dass sie keinen Werth hat.

Ein besonderes Verfahren um unter anderen Schädelmaassen auch seine Höhe im Sectionszimmer zu nehmen, ohne den Kopf der Leiche stark zu beschädigen, giebt *Waterston*[1]) an. Er macht das Basion frei durch Incision und Ablösung der hintern Rachenwand vom Munde aus. Er benutzt dann einen von *Hepburn* angegebenen Stangenzirkel, dessen Schenkel an ihren peripheren Enden, der eine convex, der andere concav, nach oben gebogen sind. Der untere Schenkel wird durch die Nase durchgeführt und vom geöffneten Mund aus vermittelst des Zeigefingers zu dem freigelegten Basion geführt, während der andere mit seiner Spitze den höchsten Punkt des Schädeldaches berührt. Der Abstand wird an einer Messstange, an welcher die Schenkel verschiebbar sind, abgelesen.

Um das Höhenmaass am Lebenden zu nehmen, machte mein College, Herr Dr. *Rentsch* folgenden Vorschlag. Er ging von dem Gedanken aus, eine ähnliche Methode wie am Becken zu benutzen; indem ein Arm des Instruments in den „Rachenkopf" eingeführt werden sollte, also annähernd in die Nähe des Basions, wäre der andere am Scheitel anzulegen. Es handelt sich dabei um die Falte, resp. den Sulcus, welcher quer im obern Rachen liegt und

---

[1]) *Waterston*, Journ. of Anat. and Physiol. Vol. 34. Jan. in *Mendel*'s Jahresbericht für 1900 referirt S. 23.

dem Uebergang zwischen Schädelbasis und Halswirbelsäule entspricht. Es scheint aber nicht gut möglich an diesen Punkt genau heranzukommen, denn nach *Merkel*[1]) wird der von diesen Knochentheilen eingeschlossene Winkel am Lebenden ausgerundet, indem hier die Muskeln und Bänder der Halswirbelkörper aufsteigen und sich mit dem Hinterhauptbein vereinigen. Es komme auf die Dicke und Beschaffenheit der deckenden Schleimhaut und die Neigung des Körpers vom Hinterhauptsbein an, ob an dem Fornix pharyngis Rückwand und Decke des Nasenrachenraumes in einer ausgerundeten Linie in einander übergehen, oder ob eine leicht winkelige Knickung angedeutet ist. Dies Verhältniss ist an Fig. 39 bei *Hermann*[2]) deutlich zu erkennen. Ein sicheres Auffinden des Basalpunktes ist also ausgeschlossen. Ausserdem werden sich weder Gesunde noch Geisteskranke leicht zur Ausführung einer so unangenehmen Untersuchung hergeben.

Es muss übrigens auch das zugegeben werden, dass die *Virchow*'sche Untersuchungsmethode der OH am Lebenden eine nicht angenehme ist und gelegentlich Einwänden begegnet. *Pfitzner*[3]) scheint es häufiger begegnet zu sein, dass die Einführung des Schieberzirkels in den äusseren Gehörgang einfach als zu kitzlich und zu unappetitlich zurückgewiesen wurde. Dies war der Fall bei Officieren, wo er schon mit dem Auge festgestellt hatte, dass sich sehr oft mit kleinem Kopfumfang resp. kleiner Kopflänge die Compensation durch eine beträchtliche Kopfhöhe fand. Bei social höher stehenden Klassen begegneten ihm Durchschnittsmaasse für seine Kopfhöhe von 123,3 mm bei Männern, 117,5 bei Frauen, während die Maasse in arbeitenden Ständen 121,5 und 115 waren; also Unterschiede von 2 mm im Durchschnitt. Das sind freilich keine grossen Differenzen, doch immerhin von Bedeutung neben der schon früher berührten Thatsache, dass bei Degenerirten sich relativ geringere Kopfhöhen finden. Wenn man auch für den normalen Durchschnittskopf die Kopfnasenhöhe als Kanon, welcher in der plastischen Kunst eine grosse

---

[1]) *Merkel*, Handbuch der topographischen Anatomie. Bd. I. S. 410/11.
[2]) *Hermann*, a. a. O. S. 91.
[3]) *Pfitzner*, a. a. O. S. 38 u. 66.

Rolle spielt[1]), nicht durch eine bestimmte Zahl feststellen kann, so sind doch die Abweichungen von der physiologischen Mitte nach oben und unten bedeutungsvoll, wenn sie im Zusammenhang mit den andern einschlägigen Kopfverhältnissen berücksichtigt werden.

Neuerdings hat *Kellner*[2]) aus seinen Kopfmessungen das Ergebniss gewonnen, dass das Höhenmaass das weitaus wichtigste sei; dass der Zusammenhang der Verkürzung der Höhe mit tiefer geistiger Stufe und Epilepsie unverkennbar sei. Seine an und für sich einfache und gute Methode lehnt sich an die *Rieger*'sche Horizontale an, so dass seine Maasszahlen schwer mit unsern vergleichbar sind. Er benutzt dabei nicht eine quere Ebene, wie die Ohrebene es ist, sondern eine Sagittalebene; in dieser legt er einen Bleistab an den Kopf, dessen eines Ende über der Nasenwurzel an den in der Mitte zwischen den Arcus superciliares und in gleicher Höhe mit ihnen liegenden Punkt, dessen anderes Ende bis zum unteren Rande der Protuberantia occipitalis reicht. Von diesem auf Papier nachgezeichneten Bogen wird die grösste Höhe gemessen. Bei starker Ausbildung der Nackenmuskulatur findet indessen oft eine Verschiebung der Protuberantia statt, welche allein dann die Messung unsicher macht. Ich muss die Unvergleichbarkeit seiner Messungen mit meinen um so mehr bedauern, als er der Rasse nach ein meinem Material nahe verwandtes untersuchte, nämlich die Köpfe von 220 Idioten, die zu $^2/_3$ aus Hamburg, der Rest aus Schleswig-Holstein, Mecklenburg, Lauenburg und Hannover stammten. Er legt Werth auf das Abtasten der Knochennähte am Lebenden als Grundlage dieser Messungen; ich muss bemerken, dass mir dieses Abtasten sehr unsicher erscheint; nachdem ich schon Jahre lang diesen Weg benutzt hatte, habe ich ihn jetzt als unverlässlich wieder aufgegeben, seitdem ich mich wiederholt bei Obductionen habe überzeugen müssen, dass die der Untersuchung im Leben doch besonders zugängliche Stirnnath am Schädel völlig verstrichen war, obwohl ich sie am lebenden Kopfe auf das deutlichste persistirend gefühlt zu haben glaubte; es

[1]) *Kollmann*, Plastische Anatomie des menschlichen Körpers. 2. Aufl. Leipzig 1901. S. 541.

[2]) *Kellner*, Ueber Kopfmaasse der Idioten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58, S. 61—78.

scheinen tiefer liegende Venen, im Augenblick der Untersuchung entstehende Zusammenschiebungen von Muskelfasern und Bindegewebe, präformirte Runzeln Anlass zu solchen Irrthümern zu geben.

Dass das Höhenmaass ein besonders wichtiges ist, giebt auch *Wilser*[1]) an, der den Schädelmessungen im allgemeinen sehr skeptisch gegenübersteht; er meint der Neanderthalschädel zeige im Vergleich mit heutigen Europäerschädeln, dass Zunahme des Gehirns hauptsächlich durch Verlängerung des Höhendurchmessers erfolge. Natürlich muss man immer die Compensation in den andern Durchmessern berücksichtigen, um den Werth des Höhenmaasses nicht zu überschätzen. Sehr lehrreich sind in dieser Hinsicht die Untersuchungen *Ecker*'s[2]) über die Skoliopädie des Schädels, welche feststellten, dass die Capacität der Schädel im ganzen durch die Skoliopädie derselben keine erhebliche Veränderung erfahre, trotzdem dass Schädelhöhle und Gehirn in der ursprünglichen Längenrichtung allerdings sehr an Raum eingebüsst hatten. Wenn *Ecker* die Compensation in der ungemeinen Breitenentwicklung des Schädels und Gehirns fand ohne Betheiligung der Höhe, so liegt das an den von ihm untersuchten abgeflachten Schädeln, bei denen die künstliche Missstaltung Höhe und Länge drückte. Sehr wichtig ist auch hier wieder die von *Ecker* betonte Thatsache, dass bei den künstlichen Missstaltungen die Schädelbasis keine wesentliche Veränderung erleidet, da sie die vorschlagende Wichtigkeit des Schädelgrundes für alle Verhältnisse des gesammten Schädels beweist; *Ecker* hebt mit *Baer* hervor: es sei dies ein wahres Glück, dass die mechanischen Verbildungsmittel so wenig unmittelbar auf die Schädelbasis wirken könnten. Alle Verschiebungen des Schädels und Gehirns drängen in obere Richtungen.

Wenn französische Irrenärzte früher behauptet haben, dass Individuen mit missstalteten Schädeln ein grosses Contingent zu der Bevölkerung der Irrenanstalten lieferten[3]), so erklärt sich das

---

[1]) *Wilser*, a. a. O. S. 464.

[2]) *Ecker*, Zur Kenntniss der Wirkung der Skoliopädie des Schädels auf Volumen, Gestalt und Lage des Grosshirns und seiner einzelnen Theile. Braunschweig 1876.

[3]) *Ecker*, a. a. O. S. 9.

aus der Allgemeinheit jener Unsitte der Schädelmisshandlung in bestimmten Gegenden, wie *Ranke*[1]) hervorhebt. Er entwickelt weiter, dass die modernen Stämme und Völker mit absichtlicher Kopfplastik ebenso wenig geistesstumpf seien wie die alten Völker Perus und Mexikos.

Aber auch ohne Missstaltung kann die Höhe des Schädels in Folge seiner natürlichen Stellung auf der Wirbelsäule Abweichungen zeigen, die erst durch Zurückführung auf eine gemeinsame Horizontale klar werden; es ist das bedingt durch die verschiedene Krümmung des Schädelrohrs[2]) bei verschiedenen Rassen. Dabei sinkt im Leben der Kopf des Negers nach vorn und das äussere Ohr kann höher zu liegen scheinen. Einen ähnlichen Eindruck können überall nicht genau horizontal gestellte Köpfe machen.

Wenn dte künstlichen Missstaltungen des Schädels also ohne nennenswerthen Einfluss auf die Gesammtcapacität des Schädels zu bleiben scheinen, so ist vielleicht auch die Bedeutung pathologischer Schädelveränderungen für die Grösse des Schädelraums weniger wichtig als die gleichzeitige Abweichung der Form.

Meynert[3]) schloss aus seinen Untersuchungen, dass die Capacität der Irrenschädel grösser als die normaler Schädel sei, doch stehe diese grössere Capacität im umgekehrten Verhältniss zum Gehirngewichte der Irren; namentlich dem Kammerwasser schob er diese Unterschiede zu. Ein Schluss auf die Gehirngrösse aus dem Schädelumfang ist bei allen Schrumpfungsprocessen des Gehirns gewiss unsicher; doch bleibt ein Urtheil über seine ursprüngliche Grösse darum doch weniger bedenklich, soweit man ihn überhaupt zulässt; allerdings ist die am Lebenden nicht feststellbare wechselnde Dicke des Schädelknochens z. B. nicht aus der Rechnung zu eliminiren. Die Wichtigkeit des Höhenmasses hat auch ***Meynert*** erkannt; er beleuchtet sie durch die Angabe[4]), dass sich unter

---

[1]) *Ranke*, Der Mensch. Bd. I. S. 191.

[2]) *Ecker*, Ueber die verschiedene Krümmung des Schädelrohres und über die Stellung des Schädels auf der Wirbelsäule beim Neger und beim Europäer. Braunschweig 1871. Besonders S. 23.

[3]) *Meynert*, Craniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung in Jahrb. f. Psychiatrie. Wien 1879. I. S. 69ff.

[4]) *Meynert*, a. a. O. S. 157.

Irrenschädeln mehr abgeflachte Schädel finden, deren kleinerer Höhendurchmesser bei gleichem Horizontalumfang die Capacität geringer mache, und andrerseits mehr Hochschädel, deren unverhältnissmässiger Höhendurchmesser mit einem kleineren Horizontalumfangsmaasse eine grössere Capacität verbinde.

Da die Verkleinerung des Schädelraums besonders auch nur eine theilweise sein kann, durch vorzeitige Synostosen nur einer Seite, Hyperplasieen in beschränkten Gebieten, so ist die Bestimmung der Schädelcapacität aus den Kopfmaassen immer ein missliches Ding. *Virchow*[1]) hat nicht selten bei Geisteskranken wahrgenommen, dass unter solchen Stellen, wo die Schädelentwicklung durch primature Nahtverknöcherung zurückgeblieben war, ganz beschränkte Agenesie einzelner Gruppen oder gar nur einzelner Gyri der Hirnrinde stattgefunden hatte; die Gyri pflegen dann sehr gross, breit, bald tief, bald flach, aber sehr einfach zu sein. Alle diese Veränderungen hält *Virchow* nur für Folgen der Synostosen.

Für das Höhenmass möchte ich noch einen Umstand berühren, welcher wieder seine besondere Wichtigkeit zeigt; die Stammganglien des Gehirns werden durch den Höhendurchmesser so regelmässig getroffen (s. o.), dass grosse Abweichungen dieses Durchmessers auch die Möglichkeit ins Auge fassen lassen anzunehmen, die Höhe der Stammganglien entspreche ihnen. Bestimmte Zahlenverhältnisse festzustellen aus dem Vergleich mit der Höhe normaler Stammganglien bin ich noch nicht in der Lage. Dagegen berühren L und B die Stammganglien entweder gar nicht oder so oberflächlich an ihren unteren resp. hinteren Theilen, dass ihr Mass gar keine Schlüsse auf die Ausdehnung der Stammganglien gestaltet.[2]) Grade für die Auffassung geistiger Strömungen[3]) haben diese Centraltheile des Gehirns aber eine so grosse Bedeutung, dass der Wunsch ihre Grösse schon am Lebenden zu untersuchen berechtigt zu sein scheint. Dazu hönnen OH und Ost helfen, die Maasse welche am Lebenden genommen werden können und gewisse Schlüsse auf den Abschnitt des Schädelgrundes gestalten,

---

[1]) *Virchow*, Ges. Abhandlungen. S. 997.

[2]) *Hermann*, a. a. O. S. 136/137. Fig. 65 u. 66.

[3]) cf. meinen „Grundriss der Psychiatrie" S. 2.

welcher die Ganglien des grossen Gehirns trägt.[1] Vielleicht finden die Kyphose der Schädelbasis, Prognathie und Gesichtsbildung auf diesem Wege noch bedeutsamere Aufklärungen; die Höhenmessung des Kopfes und die vom Ohr ausgehenden Maasse überhaupt gewinnen dadurch an allgemeiner Bedeutung. Jedenfalls sind die Beziehungen zwischen Gesichts- und Hirnschädel am Schädelgrunde am deutlichsten, wie schon lange bekannt; neuerdings sucht man in der Prognathie einen Hinweis auf Epilepsie mit Schwachsinn zu erkennen[2], welche ja sehr oft mit geringer OH einhergehen.

---

[1] cf. *Virchow*, Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes. S. 121.

[2] *Giuffrida-Ruggeri* in *Mendel's* Jahresbericht 1900. S. 1015.

Ueber Hypochondrie.[1]

Von

Dr. **Raecke,**

Assistenzarzt an der psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.[2]

Eine der strittigsten Fragen der heutigen Psychiatrie bedeutet die Lehre von der Hypochondrie. Von vielen Seiten wird die Existenz eines derartigen Leidens als selbstständige klinische Krankheitsform überhaupt in Zweifel gezogen, und die Behauptung aufgestellt, die sogenannte Hypochondrie sei nichts als ein Symptomencomplex, der bei mehr oder weniger allen Psychosen gelegentlich beobachtet werden könne.

Dann zeigt sich zweitens bei denjenigen Autoren, welche an der Selbstständigkeit der Hypochondrie festhalten, eine gewisse Uneinigkeit in der Definition derselben, sowie auch in der Lehre von ihrer Genese und ihrem Ausgange.

Endlich drittens entbehren die causalen Beziehungen der Hypochondrie zu somatischen Störungen, wie sie die alte Unterscheidung einer Hypochondria cum und sine materia zum Ausdrucke bringt, noch vielfach der wünschenswerthen Klärung.

Den bisherigen Stand der ersten Frage mag ein kurzer Ueberblick über die einschlägige Literatur klarlegen:

Romberg[3] hatte in seinem Lehrbuche der Nervenkrankheiten des Menschen unter Hypochondrie „die durch Fixiren des Geistes

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik zu Tübingen (Prof. Wollenberg).

[2]) Nach einem auf der Jahresversammlung des Vereins d. deutschen Irrenärzte am 14. April 1902 gehaltenen Vortrage bearbeitet.

[3]) Berlin 1857. S. 214.

auf Empfindungen bedingte Erregung und Unterhaltung abnormer Sensationen" verstanden und dieselbe scharf von der Melancholie und Hysterie unterschieden. Sie war also für ihn in erster Linie eine „psychische Hyperaesthesie". *Griesinger*[1]) bezeichnete sie dagegen als „schwermüthige Folie raisonnante", als eine Gemüthsdepression, die „aus einem starken körperlichen Krankheitsgefühle hervorgeht, das die Aufmerksamkeit beständig lebhaft in Anspruch nimmt".

Aehnlich definirte 1877 *Jolly*[2]) die Hypochondrie als „einen Zustand psychischer Krankheit und zwar jene Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist". Er trennte die Hypochondrie auf der einen Seite scharf von der Melancholie, Paranoia und Hysterie, gab aber auf der anderen Seite zu, dass gelegentlich auch andersartige Erkrankungen wie Paralyse, Lues cerebri und Gehirntumoren, eine Zeit lang unter der Maske der Hypochondrie verlaufen können.

Schüle[3]) wiederum nannte die Hypochondrie in seinem Lehrbuche „eine psychische Neurose auf Grundlage einer Hyperästhesie der Empfindungsnerven einzelner oder aller Organgebiete, und mit der Wirkung eines dadurch gesetzten Zwanges auf das gesammte Seelenleben". Zwar kann auch nach ihm der hypochondrische Seelenzustand in Melancholie oder Wahnsinn überführen, doch soll er nicht selten in seinem klinischen Habitus verbleiben und eine selbständige Neurose darstellen.

Kürzer aber weniger erschöpfend war *Mendels*[4]) Erklärung, die Hypochondrie sei eine functionelle Hirnerkrankung, deren wesentliche Symptome Furcht und Angst in Bezug auf den Zustand des eigenen Körpers bildeten.

Alle bisher genannten Autoren hatten aber darin übereingestimmt, dass sie durchaus an der klinischen Selbstständigkeit des

---

[1]) „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" 1876. S. 215.

[2]) Ziemssen's Handbuch d. spec. Pathologie und Therapie. 2. Theil 1878. S. 607.

[3]) „Klinische Psychiatrie". 3. Aufl. 1886. S. 277.

[4]) „Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht". Deutsche med. Wochenschr. 1889. S. 205.

hypochondrischen Krankheitsbildes festhielten. Allerdings war von *Griesinger*[1]) gelegentlich die Vermuthung ausgesprochen worden, dass gewisse, zu den Hypochondern gerechnete Kranke eigentlich Epileptiker mit starken intervallären Symptomen und unvollständigen Anfällen seien. Allein ihm war sehr entschieden von *C. Westphal*[2]) und später von *Sanit*[3]) widersprochen worden.

Dagegen mehrten sich seit den 80er Jahren die Stimmen derjenigen, welche die Diagnose Hypochondrie überhaupt abzuschaffen versuchten. So wollte *Tucsek*[4]) die bisher unter dieser Bezeichnung zusammengefassten Zustände theils zur Melancholie, theils zur Paranoia schlagen. *Arndt*[5]) erklärte kurzweg die Hypochondrie für ein Cardinalsymptom der Neurasthenie. *Merklin*[6]) und *Kirchhof*[7]) sahen in der Hypochondrie nur einen Sammelbegriff. Sie glaubten, die meisten derartigen Kranken als Neurastheniker ansprechen zu dürfen, während die übrigen Fälle als episodische Zustandsbilder im Verlaufe der verschiedensten Psychosen ausgeschieden werden sollten.

Aehnlich sieht *Ziehen*[8]) in der Hypochondrie einen Krankheitszustand, keine Krankheitsform und unterscheidet die hypochondrische Melancholie, die hypochondrische Paranoia, die hypochondrische Neurasthenie und daneben noch allerlei interkurrente hypochondrische Episoden im Verlaufe verschiedener Psychosen.

Kraepelin[9]) endlich nennt die Hypochondrie eine Theilerscheinung des neurasthenischen Irreseins, muss aber daneben auch eine Hypochondrie der Hysterischen und der Entarteten erwähnen. Ausserdem beschreibt *Kraepelin* in seiner „Einführung in die Psychiatrische Klinik“ 1901, S. 288 unter dem Namen „Periodi-

---

1) „Ueber einige epileptoide Zustände“, Arch. f. Psych., Bd. I S. 326.

2) „Die Agoraphobie“, Arch. f. Psych., Bd. 3 S. 158.

3) „Epileptische Irreseinsformen“, Arch. f. Psych., Bd. 5 S. 411.

4) „Zur Lehre von der Hypochondrie“, Zeitschr. f. Psych., Bd. 39 S. 653.

5) „Die Neurastenie“, 1885 S. 63.

6) „Ueber Hypochondrie“, Irrenfreund 1892, Bd. 11 und 12 und Petersbg. med. Wochenschr. 1892, Bd. 17 S. 417.

7) „Lehrbuch der Psychiatrie, 1892, S. 488.

8) „Psychiatrie“, 1894, S. 330 und Eulenburgs Realencyclop. der ges. Heilkd., 1896, Bd. 11 S. 280.

9) „Lehrbuch der Psychiatrie“, 1899, II S. 49.

sche Verstimmung" ein besonderes Krankheitsbild, das von andern wahrscheinlich als eine mit Remissionen und Exacerbationen verlaufende Hypochondrie aufgefasst werden würde.

Etwas abweichend ist der Standpunkt *Sommer's*[1]), welcher die meisten hypochondrischen Beschwerden als hysterische deuten will: „Die relativ seltenen Fälle von echter Hypochondrie gehören durchaus ins Gebiet der Paranoia und sind als Hallucinationen des Gemeingefühs mit einer den eigenen Körper betreffenden Wahnbildung zu charakterisiren."

Demgegenüber haben sich bis in die neneste Zeit hinein auch gewichtige Stimmen für die klinische Selbstständigkeit der Hypochondrie erhoben. Ich nenne vor allem *Hitzig*[2]), welcher die alte Definition *Jolly's* durch Erwähnung der „krankhaft veränderten Selbstempfindung" ergänzt hat, dann *Jolly*[3]) selbst, *v. Krafft-Ebing*[4]), *Ganser*[5]), *Friedmann*[6]), *Böttiger*[7]) und *Wollenberg*[7]), während *Binswangen*[8]) zwar auch an dem Begriffe der Hypochondrie festhält, aber darunter nur eine gewisse Fortentwicklung der Neurasthenie zu verstehen scheint.

Ausserdem hat *Böttiger*[9]) vor 3 Jahren eine Reihe charakteristischer Krankengeschichten aus seiner Sprechstunde veröffentlicht, um an ihnen die Existenzberechtigung einer Hypochondrie zu demonstriren. Nachstehend soll die gleiche Frage an der Hand des Materials der psychiatrischen Klinik zu Tübingen erörtert werden:

Von September 1894 bis August 1901 sind in der Tübinger Klinik bei einer Gesammtaufnahmezahl von ca. 2800 Kranken nur 42 mit rein hypochondrischem Symptomencomplexe zur Beob-

---

[1]) „Diagnostik der Geisteskrankheiten", 1501, S. 40'

[2]) „Ueber d. Quärulantenwahn". 1895. S. 67.

[3]) *Ebstein* und *Schwalbe*, Handbuch d. pract. Medic. Bd. 4. 1900. S. 7-2.

[4]) „Lehrbuch d. Psychiatrie". 1897. S. 501 und „Nervosität". Spec. Path. und Therapie von *Nothnagel*. 1899. Bd. 12. S. 121.

[5]) Festschrift z. F. d. 50j. Besteh. d. Stadtkrankenh. Dresden 1899. S. 88.

[6]) „Ueber d. Wahn". 1894. S. 135.

[7]) Neurol. Centralbl. 1898.

[8]) „D. Pathol. und Therapie d. Neurasthenie". 1896. S. 345.

[9]) „Ueber die Hypochondrie". Arch. f. Psych. Bd. 31. S. 378.

achtung gelangt. Auch unter diesen 42 lehrte bei 15 der weitere Verlauf, dass es sich bloss um das hypochondrische Vorstadium einer anderen Psychose gehandelt hatte. Und zwar entwickelte sich einmal Paralyse, zweimal Paranoia, achtmal katatonische[1]) Verblödungsprozesse, zweimal senile Demenz, und in zwei Fällen waren die hypochondrischen Verstimmungen im Verlaufe cyklischen Irreseins aufgetreten. Bei weiteren 9 Kranken hat die Beobachtung zu kurze Zeit gedauert, um jede Möglichkeit eines Irrthums auszuschliessen. Es bleiben also nur 18 sichere Fälle, in welchen keinesfalls ein episodisches Zustandsbild vorlag, sondern der hypochondrische Symptomencomplex sich eine Reihe von Jahren hindurch fast unverändert erhielt, ohne in eine andere Irrsinnsform überzuführen. Bei dieser geringen Zahl muss berücksichtigt werden, dass die echten Hypochonder relativ selten in eine geschlossene Anstalt gelangen, vielmehr vorwiegend in den Sprechstunden der Neurologen anzutreffen sind.

Um nicht durch breite Anführung sämmtlicher Krankengeschichten ermüdend zu wirken, sollen hier nur 9 charakterische Beobachtungen kurz mitgetheilt werden:

Beobachtung 1.

37jähriger Bauführer. Stets schwächlich. 1885 erkrankt an Verdauungsbeschwerden, Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, Parästhesien. Die Muskeln seien Brei. Angst vor Katastrophen. Wiederholte Kuren erfolglos. Selbstbehandlung. Tagesregister. 1901 unverändert.

A. W. Bauführer. 37 Jahre alt. Nicht belastet. Begabt, stets schwächlich. Erkrankte 1885 an Verdauungsstörungen. Es stellte sich dann Schlaflosigkeit, Schwächegefühl und zahlreiche Parästhesien im ganzen Körper ein. Im Anschluss hieran entwickelte sich zusammen mit einer gewissen Depression die feste Ueberzeugung, ein unheilbares Leiden zu haben. Nachdem dann Patient 9 Jahre hindurch die verschiedensten Kurmethoden erfolglos probirt hatte, liess er sich am 27. October 1894 in die eben eröffnete Klinik aufnehmen.

---

[1]) Ich wähle absichtlich diesen allgemeinen Ausdruck, um das Eingehen auf noch nicht spruchreife Fragen zu vermeiden, wie: ob Hebephrenie und Katatonie auseinandergehalten werden müssen, ob unter Dementia praecox zur Zeit ganz verschiedenartige Krankheitsformen zusammengefasst werden etc.

Die körperliche Untersuchung ergab völlig normale Verhältnisse. Trotzdem behauptete der Kranke, seine Muskeln seien nur noch Brei; er fürchte jeden Augenblick „eine Katastrophe". Dabei klagte er eine Unzahl Sensationen: Bald verlor er das Gefühl in den Händen und Unterschenkeln, bald schlief der Arm ein, bald brannten die Finger, als hätte er einen heissen Ofen angefasst. Dann wieder bekam er Prickeln und Schnappen in den Fingern, Kreuzweh, Knicken der Kniee und heisses Ueberlaufen, aber niemals Kopfschmerzen oder Schwindel. Auch war er unempfindlich gegen laute Geräusche, grelles Licht u. s. w. Seine Stimmung war gedrückt.

Da Patient glaubte, dass seine Sensationen durch „Uebermass der Bewegung" verschlimmert, durch „richtige Bewegung" dagegen gemildert würden, so trug er stets einen Schrittmesser bei sich, notirte täglich seine Anzahl Schritte im Tagebuche und baute sich ein eigenes „System der richtigen Bewegung" auf. Auch in der Zeitung durfte er nur 5 Minuten auf einmal lesen. Sonst bekam er Rumpeln im Bauche und Durchfall. Vor jedem Essen nahm er erst einen Probebissen, um festzustellen, ob er schon den richtigen Appetit habe. Die Mahlzeiten selbst zerlegte er in zahlreiche kleine Rationen, die er mit genauer Einhaltung bestimmter Pausen verzehrte, zum Theile Nachts. Um „Erschlaffungszuständen" vorzubeugen, nahm er beim Sitzen stereotype, gezwungene Haltungen ein, achtete z. B. streng darauf, dass jeder Finger seinen Stützpunkt hatte. Bei Spaziergängen wagte er sich nur auf belebte Strassen, um bei plötzlichem Eintritte einer Katastrophe gleich Hilfe zu finden. Alle Sensationen wurden im Tagesregister mit genauer Zeitangabe ausführlichst geschildert. Dagegen war Patient zu jeder wirklichen Arbeit unfähig.

Sein Gewicht stieg in der Klinik bei gutem Appetite und Schlafe von 70 auf 80 kg. Auch schien bei seiner Entlassung im Mai 1897 eine gewisse Besserung eingetreten zu sein. Doch waren 1901 seine Klagen im Wesentlichen wieder die gleichen. Seine Intelligenz hat nicht gelitten.

Beobachtung 2.

37jähriger Landjäger. Stets reizbar. Viele Strapazen. 1893 Magendarmkatarrh und Kopfdruck. Wahn, das Kleinhirn sei geschwollen. Zahlreiche Parästhesien von theilweise neurasthenischer Färbung, Sebstbehandlung. In der Klinik Besserung. Im Dienste Recidiv. Doch noch 1901 volle Dienstfähigkeit.

C. F., Landjäger, 37 Jahre alt. Nicht belastet, stets leicht reizbar. Kein Potus. Viele Strapazen. Im Anschlusse an einen Magendarmkatarrh 1893 quälender Kopfdruck. Anfangs suchte Patient dagegen anzugehen. Allmählich wurde er deprimirt. Er glaubte, sich das Kleinhirn erkältet zu haben, das nun entzündlich geschwollen sei. Auch das „Oberhirn" und das Rückenmark seien in Mitleidenschaft gezogen. Am 15. Juni 1896 liess er sich in die psychiatrische Klinik zur Behandlung aufnehmen.

Somatisch liess sich nichts Krankhaftes nachweisen. Patient wurde immerfort durch seine Parästhesien gequält: Schmerzen im Rückenmark, als sei dort ein Keil eingeschoben, Sticheln und Härte in der Gegend des 4. Brustwirbels und ein Gefühl, als ginge von dort ein schwerer Gewichtszug herab; Kältegefühl an den Unterschenkeln, als blase da ein Wind heraus, Umnebelung der Kopfnerven. Die Ursache aller Sensationen sah er in einer entzündlichen Schwellung des Kleinhirns. Um diese aufzuweichen, brachte er die Füsse zum Schwitzen, weil dann „die Hitze durch das Rückenmark hinaufdämpfe“.

Allmählich trat aber eine Besserung ein. Die Sensationen verloren an Intensität, die Stimmung ward freier. Das Körpergewicht stieg von 81 auf 91 kg. Nach der Entlassung am 15. März 1897 konnte Patient sogar seinen Dienst wieder antreten. Er hielt sich für genesen. Allein nach 7 Monaten trat ein Recidiv ein. 1901 klagte Patient in einem Briefe über die „Bleischwere des Kleinhirns“ und schrieb, er habe alle Hoffnung auf Heilung aufgegeben. Doch konnte er seinen verantwortungsvollen Dienst zur Zufriedenheit versehen.

Beobachtung 3.

39jährige Bauersfrau. Stets schwächlich. Im 6. Wochenbette Perimetritis 1893. Darnach erkrankt: Parästhesien, Schlafanfall. Adern seien vertrocknet. Naturkraft arbeite nicht mehr. Bettsucht. 1901 noch unverändert.

A. R., Bauersfrau, 39 Jahre alt. Begabt, aber stets schwächlich. Nicht belastet. 6 Geburten folgten rasch aufeinander. Patientin kam dadurch körperlich sehr herunter. Im 6. Wochenbette Perimetritis 1893. Darnach beständig Beschwerden in Kopf, Gliedern, Magen, Unterleib. Namentlich entwickelten sich zahllose, sonderbare Sensationen wie „Dummen“ im Kopfe, Kriebeln in den Fusssohlen; der Schädel sei zu hart, in der Nase keine Luft, Augen zu schwach, Zunge zu kurz, Magen verkehrt, Herz schlage ungleich, Muskulatur schaffe nicht. Sie fühlte sich innen hohl, der Kot stinke ihr aus dem Munde, und sie könne ihn doch nicht ausspeien. Der Stuhlgang sei zu nass und rieche auffallend. Im Leibe sei ein Brennen, im Rücken ein Drücken.

Allmählich bildete sich der Wahn aus, die ganze „Naturkraft“ arbeite nicht mehr, die Adern seien vertrocknet, der Körper bestehe nur noch aus Luft und Schaum. Niemand könne ihr helfen. Sie blieb fast ganz im Bette liegen. Einmal hatte sie einen „Schlafanfall“. Sie ass schlecht und jammerte viel. Um sich nicht zu verkühlen, liess sie jedes Hemd, ehe sie es anzog, 3—4 Tage von der Magd tragen. Somatisch liess sich ausser einer leichten retroflexio uteri nichts Abnormes nachweisen.

In der Klinik, wo sie vom 21. Mai 1896 bis 9. Nov. 1896 behandelt wurde, nahm sie 26 Pfund zu, stand auf und beschäftigte sich etwas. 1901 aber lag sie wieder fast dauernd zu Bette, that nichts und hatte die alten Klagen. Die Intelligenz hatte nicht merklich gelitten.

Beobachtung 4.

36jähriger Bauer. Einziges Kind. Von Natur ängstlich. Bisher stets gesund. Ohne äussere Ursache erkrankt: Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Parästhesien. Wahn, die „Krätze unter der Haut zu haben“. Nach 2 Jahren Heilung (?)

H. H., Bauer, 36 Jahre alt. Nicht belastet. Einziges Kind. Stets ängstlich, aber begabt. Früher immer gesund. War beim Militär. Kein Potus. Vier gesunde Kinder. Erkrankte 1897 ohne äussere Ursache an Müdigkeit, Schlaflosigkeit und massenhaften Parästhesien.

Allmählich bildete sich der Wahn aus, er habe die Krätze, vermuthlich, weil ein Jahr zuvor seine Kinder von einer Magd mit Scabies inficirt worden waren. Die Scabies war aber längst beseitigt. An dieser Idee hielt nun Patient trotz aller gegentheiligen Versicherungen der verschiedensten Aerzte fest und behandelte sich fortgesetzt mit Styrax und Schmierseife. Schliesslich behauptete er, die Krätze sei unter die Haut geschlüpft, mache das Blut gerinnen und entzünde die Nerven. Er litt an quälenden Sensationen im Rücken, Armen, Beinen und Geschlechtstheilen. October 1898 liess er sich aufnehmen, um die Krätzmilben durch Röntgenstrahlen beseitigen zu lassen. Die wiederholte körperliche Untersuchung ergab nichts Krankhaftes. Trotzdem beharrte Patient dabei, die Krätze sitze zwischen Haut und Fleisch. Dort sei eine Spannung, welche alles auseinanderdrücke, sodass ihn schon das Armheben zum Essen erhitze und schwitzen mache. Er fühle auch Zucken an Fusssohlen, Brust und Hinterbacken. Er werde wohl nie mehr gesund werden. Weinte öfters. Nach zweimonatlicher Behandlung konnte er gebessert entlassen werden. Zwar hielten seine Beschwerden noch gut 2 Jahre an, aber Sommer 1901 bezeichnete er sich selbst in einem Briefe als völlig genesen. Die Intelligenz hatte nicht gelitten. — Vielleicht handelt es sich aber nur um eine Remission.

Beobachtung 5.

53jährige Wittwe. Belastet. Im 21. Jahre ganz plötzlich erkrankt. Befindet sich seither dauernd in „einer Art Bewusstlosigkeit, wie ein Automat, seelenblind“. Zahlreiche Kurversuche ohne Erfolg. Interkurrent Lues. Pupillendifferenz. — 1901 noch ungeheilt.

E. F., Rentierswittwe, gebildete Dame, 53 Jahre alt. Mutter an Gehirnerweichung gestorben. Normal entwickelt. Abgesehen von Bleichsucht mit 14 Jahren stets gesund bis 1868. Dann über Nacht plötzlich Ausbruch des jetzigen Leidens. Es war ihr, als sei etwas in ihrem Gehirn eingeschlafen, das aufwachen müsse. Sie fühlte sich seither stets in einer Art Bewusstlosigkeit. Anfangs suchte sie diesen Zustand heiter aufzufassen und trug einen „Galgenhumor“ zur Schau. Allmählich aber ward

ihr die Veränderung ihrer Selbstempfindung immer quälender, sodass sie sich endlich nur noch mit sich selbst beschäftigte und jedes andere Interesse verlor. Sie hatte trotz der Krankheit zweimal geheirathet und 4 Geburten durchgemacht. Die Kinder leben nicht. Sie hatte auch Lues aquirirt und viel unter dem Potus ihres ersten Mannes gelitten. Alle diese Schicksale machten aber wenig Eindruck auf sie. Die eigenthümliche Veränderung ihrer Sinnesempfindungen nahm alle ihre Gedanken in Anspruch. Ueber die Lues speciell machte sie sich keinerlei Sorgen. Ihre Klagen blieben stets die gleichen: „Alles, was ich sehe, sieht mich nichtssagend oder nichtsprechend an. Seelenblind ist der richtige Ausdruck. Es umgiebt mich eine geistige Dunkelheit. Ich kann im Geiste nicht schmecken, hören, riechen. Alle Sinne sind betäubt und todt. Normale Menschen haben alles im Kreis' vor sich dicht vor Augen. Bei mir ist es schwarz verhängt und furchtbar in der Ferne. Und ich glaube alle Augenblicke, es reisst das Ende ab, sodass ich garnichts mehr weiss. Ich bin ein Automat, der aber aufgezogen wird und functionirt. Das Denken ist so, als ob etwas im Wege stände, das durchbrochen werden müsste."

Nachdem Patientin zahllose Kuren erfolglos versucht hatte, wie Stahlbäder, Kaltwasser, Lumbalpunction (!), Hypnotismus, Mastkur, Röntgenstrahlen, Lichtbäder etc., liess sie sich im Mai 1901 in die Klinik aufnehmen. Die körperliche Untersuchung ergab ausser einer leichten Pupillendifferenz bei guter Reaction und ausser angeborenem Mangel des Nasenseptums nichts Abnormes. In den Sensationen liess sich keine Besserung erzielen. Hypnose erwies sich ganz erfolglos. Die Kranke hielt hartnäckig an der Idee fest, dass sich etwas in ihrem Gehirne verstopft habe, und dass dieses Hinderniss ebenso plötzlich, wie es gekommen, wieder beseitigt werden müsse. Auf näheres Befragen gab sie an, sie glaube, ihr sei das Septum ins Gehirn hinaufgerutscht. Die Stimmung war vorherrschend gedrückt. Doch war vorübergehende Ablenkung möglich. Angst wurde stets entschieden bestritten. Die Intelligenz war gut. 1902 hat Patientin, im Wesentlichen unverändert, die Klinik verlassen.

Beobachtung 6.

53jähriger Gärtner. Belastet, beschränkt. 1882 Pleuritis. Seither zahlreiche Sensationen. Seit 1898 arbeitsunfähig. Tagesregister. 1901 noch ungeheilt.

G. M., Gärtner, 53 Jahre alt. Vater war Trinker, Mutter epileptisch. Patient entwickelte sich normal und bot nie Zeichen von Epilepsie. Lernte schwer, war aber in seinem Berufe ordentlich. 1882 Brustfellentzündung. Seither Sensationen aller Art im ganzen Körper, wie Nase, Augen, Kiefern, Zähnen, Armen, Beinen, Eingeweiden. Sein Urin kam ganz rot. Februar 1898 wurden die Sensationen so quälend, dass er seine Stelle aufgeben musste. Im Juli liess er sich in die Klinik aufnehmen.

Somatisch wurden hier ausser leichter Arteriesclerose und einem

alten chronischen Mittelohrkatarrhe, der aber keine Beschwerden mehr machte, durchaus normale Verhältnisse festgestellt.

Patient führte ein Tagebuch, in das er jede Stunde gewissenhaft einen Eintrag über die Art seiner jeweiligen Sensationen machte. Diese waren sehr mannigfach: das Bein wurde wie mit Zangen zusammengeklemmt, die Nägel zerquetscht, die Augen herumgedrillt. Im Fussgelenke nagte und bohrte es wie von Würmern, in Hals und Kinn war ein Krampf, in den Därmen Kolik, in der Nase ein Gefühl, als drehe man sie herum. Dazu bestand Reissen in Armen, Beinen, Genick und Rücken. Nach Milchgenuss war Wasserlassen unmöglich; es kamen höchstens „rothe Tropfen". Nie äusserte aber Patient, dass ihm diese Gefühle von aussen gemacht würden. Er betrachtete sie vielmehr lediglich als Ausfluss seiner Krankheit.

Schon nach wenigen Monaten musstè Patient entlassen werden, da es ihm in der Klinik nicht gefiel. Erkundigungen 1901 ergaben, dass die alten Klagen unverändert fortdauerten. Es hatte sich kein Verfolgungswahn gebildet. Die Intelligenz war nicht weiter geschädigt worden.

Beobachtung 7.

41jährige Bauersfrau. Belastet, beschränkt. Seit 23 Jahren quälende Parästhesien. Brückenfurcht. Zwangslachen. Ungeheilt.

M. S., Bauersfrau, 41 Jahre alt. Schwester war schwermütig. Sie selbst hatte schwer gelernt, sonst aber sich normal entwickelt. Das jetzige Leiden begann mit „Kriebeln in den Zähnen" bereits im 18. Jahre. Dazu gesellten sich dann bald Brennen und Stechen im ganzen Munde, ein „Gewürm im ganzen Körper", Gliemen und Ameisen in den Fingern, Frostgefühl, Würmer im Halse, Knistern in den Ohren. Innere Unruhe. Ausserdem litt Patientin an Verdauungsbeschwerden, „Verschleimung", sie hatte Brückenfurcht und Zwangslachen.

Die körperliche Untersuchung ergab völlig normale Verhältnisse. Der Ernährungszustand war sehr gut. Schlaf und Appetit waren nie gestört. In der Klinik beschäftigte sich Patientin fleissig. Doch behielt sie die alten Klagen bis zu ihrer Entlassung August 1901.

Erwähnt sei noch, dass Patientin, die trotz ihres Leidens geheirathet und sechsmal geboren hatte, bestimmt behauptete, niemals irgendwelchen Genuss, sondern nur Steigerung ihrer Beschwerden beim Coitus verspürt zu haben.

Beobachtung 8.

42jähriger Polierer. Seit 4 Jahren im Anschlusse an eine Lipomexcision zahlreiche Sensationen. Neurasthenische Züge. Taedium vitae. Ungeheilt.

G. W., Polierer, 42 Jahre alt. Nicht belastet. Normal entwickelt. Stets gesund. Mai 1897 Schmerzen in der rechten Hüfte, die ins Bein ausstrahlten. Der Arzt fühlte hier eine Geschwulst, die er als Senkungsabcess ansprach. Im Krankenhause ward jedoch nur ein Lipom constatirt

und operativ entfernt. Die alten Schmerzen waren damit beseitigt. Dagegen entwickelte sich nun eine gewisse traurige Verstimmung, begleitet und unterhalten von zahlreichen Sensationen: Im ganzen Körper „wusselte“ es, wie wenn Ameisen und Würmer darin wären. Am quälendsten waren diese Empfindungen im Leibe und den Fingerspitzen. Zeitweise ward der ganze Körper bleischwer. Auf dem Gesichte lag ein Spinnennetz, auf der Brust eine Bangigkeit, als ob sich die Fleischfasern spannten. Ferner bestand Kopfdruck, Uebelkeit, Schlaflosigkeit. Allmählich ward Patient so verzweifelt, dass er das Leben als Last betrachtete.

In der Klinik, die er Februar 1898 aufsuchte, hielt er es nicht lange aus. Körperlich liessen sich keine krankhaften Veränderungen nachweisen.

Juni 1901 stand Patient noch wegen der gleichen Beschwerden in ärztlicher Behandlung. Irgendwelche sonstigen Anzeichen geistiger Störung hatte seine Umgebung nicht bemerkt.

Beobachtung 9.

54jähriger Chemiker. Schwer belastet. Stets reizbar, pedantisch. Phobien. Nach Aufregung im Berufe allmähliche Entwicklung des Leidens. Quälende Parästhesien von theilweise neurasthenischer Färbung. Gefühl, als sei er ein mit Honig gestrichener Mensch, den Ameisen zerfressen. Angst vor schwerer Gicht. Pupillendifferenz. Ungeheilt.

C. F., Chemiker, 54 Jahre alt. Vater litt an Krämpfen, Mutter und Schwester waren hysterisch, ein Bruder nervös. Patient war stets reizbar und pedantisch. Litt seit 1870 zeitweise an „Verstimmungen“, die er selbst beschrieb als „grosse Qualen, Kriegsangst, ein Pandämonium von allem, was Nichtbefriedigung, Sorgen, Qualen und Desperation heisst“. Sie waren begleitet von Nervenschmerzen, Müdigkeit, Hautempfindlichkeit. Durch geschäftlichen Aerger trat jedes Mal Verschlimmerung ein. In den 80er Jahren entwickelte sich die Idee, er bekomme unheilbare Gicht. Nun vermied er jeden Fleischgenuss und gebrauchte die verschiedensten Badekuren. Schliesslich trat 1890 nach Influenza der jetzige Zustand von „Kopfafficirtsein“ ein. Hypnotische Behandlung erwies sich erfolglos, ebenso der Aufenthalt in verschiedenen Nervenheilanstalten.

Bei der Aufnahme am 13. November 1894 klagte Patient hauptsächlich über Druckschmerz in Lenden und Oberarmen, Ziehen und Reissen bis ins innerste Mark, Angst allein zu sein, Verarmungsfurcht, Kriegsfurcht Ueberempfindlichkeit aller Organe, motorische Unruhe. Er sei wie ein mit Honig gestrichener Mensch, den die Ameisen zerfressen. Täglich untersuchte er seinen Urin auf Eiweiss und bestimmte exact die Harnsäuremengen in steter Sorge, die Gicht bräche aus.

Somatisch fand sich nur leichte Pupillendifferenz bei guter Reaction auf Lichteinfall. Patient wurde am 17. August 1895 auf eigenen Wunsch „gebessert“ entlassen. Als er sich Juli 1900 zuletzt vorstellte, klagte er

im Wesentlichen noch über die gleichen Beschwerden. Der körperliche Befund hatte sich nicht geändert, die Intelligenz keine Einbusse erfahren.

In den übrigen 9 Fällen bot der Verlauf keine principiellen Verschiedenheiten, sodass ich auf deren Mittheilung hier wohl verzichten darf. Das Ergebniss aller 18 Beobachtungen lässt sich in folgender Betrachtung zusammenfassen:

In 6 Fällen bestand schwere erbliche Belastung, 5 Kranke waren von Jugend auf reizbar und schwächlich gewesen, zwei hatten in der Schule schwer gelernt. Aeussere Schädlichkeiten (Aufregung und Ueberanstrengung im Berufe, Trauma, schwächende Krankheiten, bei Frauen gehäufte Geburten) liessen sich im Ganzen in 6 Fällen als muthmassliche Ursache anschuldigen.

In der Regel entwickelte sich das Leiden schleichend oder doch subacut, nur im Falle 5 schien es ganz plötzlich hereingebrochen zu sein. Meist begann es mit Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden und zahllosen Parästhesien im ganzen Körper. Dann bildete sich allmählich auf Grund der quälenden Sensationen gleichzeitig eine traurige Verstimmung und die feste Ueberzeugung aus, von einer ganz bestimmten, womöglich unheilbaren Erkrankung befallen zu sein. Jetzt drehte sich das ganze Thuen und Denken der Betreffenden nur noch um den Zustand des eigenen Körpers, während in ihrem Vorstellungsleben für Angehörige, Beruf und alle höheren Interessen immer weniger Raum blieb. Dagegen stellte sich, abgesehen von dieser Einschränkung des Interessenkreises auch bei Jahrzehnte langer Dauer des Leidens (vergl. Fall 5 und 9) kein merklicher Intelligenzdefect ein.

Allen einzelnen, recht mannigfachen Krankheitsäusserungen lagen im Uebrigen stets zwei Momente zu Grunde:

Erstens eine veränderte Selbstempfindung, mochte diese nun mehr den körperlichen oder den geistigen Antheil der Persönlichkeit betreffen, und zweitens eine eigenthümlich wahnhafte, jeder Kritik unzugängliche aber logisch consequente Verarbeitung dieser Sensationen.

Solche Kranken bauten sich gewissermassen ein eigenes System der Anatomie und Pathologie auf Grund ihrer sonderbaren Sensationen auf. Ob dieses dann weiterhin annähernd in den Grenzen des Möglichen blieb oder aber zu phantastischen Wahngebilden

ausgestaltet wurde, das war nur noch eine Frage des Masses der jedesmaligen persönlichen Begabung und geistigen Bildung. Während sich z. B. bei der Landbevölkerung öfters der Glaube findet, Thiere im Leibe zu haben, beschreiben die Gebildeteren eher den Verlauf emaginärer Nervenbahnen oder schildern mit falsch verstandenen medicinischen Ausdrücken die in ihren Organen angeblich aufgetretenen Veränderungen. Niemals lässt sich aus der Art der Sensationen und Wahnvorstellungen ein ausschlaggebendes Merkmal zur Beurtheilung des betreffenden Falles ableiten.

Gemeinsam war allen Kranken, dass sie unerschütterlich an der einmal von ihnen gefundenen Deutung ihrer abnormen Empfindungen festhielten und jede gegentheilige Versicherung des Arztes mit Misstrauen aufnahmen, während ein etwaiges scheinbares Zugeständniss sofort begierig aufgegriffen und zur Stützung des Wahngebäudes verwandt ward. Besonders schädlich wirkte daher stets die irrthümliche Diagnose einer somatischen Störung.

Daher waren solche Kranken, obgleich sie unablässig von Arzt zu Arzt jagten und nicht genug Mittel probiren konnten, doch gewöhnlich jeder energischen Durchführung eines ernsthaften Kurplans abgeneigt wie schon *Flemming*[1]) beobachtet hat: „Es ist dem ausgebildeten Hypochondristen ebenso wenig möglich, die erforderliche Energie der vorgeschriebenen leiblichen und geistigen Diät zu finden, als es der gelähmten Hand möglich ist, die Krücke zu ergreifen, die ihr zur Unterstützung geboten wird."

Dagegen gelangte ein grosser Theil der Kranken mit der Zeit dahin, sich ein eigenes System der Selbstbehandlung zu erfinden, durch das die Beschwerden gemildert werden sollten, und welches oft mit einer Consequenz durchgeführt ward, die im bezeichnenden Gegensatze zu der sonstigen Energielosigkeit stand.

Die Prognose erwies sich im Allgemeinen infaust, da es unmöglich war, die Sensationen ganz zu beseitigen. Durch geduldige Krankenhausbehandlung wurden allerdings mehrfach mehr oder weniger weitgehende Remissionen erzielt, aber nur im Falle IV war die Besserung bisher von Bestand. Gewöhnlich traten nach der Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse bald Rückfälle ein: Das Leiden nahm

[1]) „Pathologie und Therapie der Psychosen". 1859. S. 70.

einen exquisit chronischen Charakter an, der nur durch gelegentliche Remissionen und Exucertationen geringen Veränderungen unterlag. Mit der Zeit verdrängten die krankhaften Empfindungen immer mehr jedes andere Interesse, beeinflussten und beherrschten jede Handlung, sodass schliesslich solche, von *Romberg*[1]) treffend als „Virtuosen auf den sensibeln Nerven" charakterisirte Kranke nur noch mit der Beobachtung und Registrirung ihrer Sensationen sich beschäftigten.

Die hier geschilderte Krankheitsform kann keinesfalls als Melancholie angesprochen werden. Zwar entwickelt sich auch bei der Hypochondrie eine gewisse traurige Verstimmung, aber diese beherscht nicht allein das Bild sondern tritt in Abhängigkeit von den quälenden Sensationen und deren wahnhaften Auslegung. Eigentliche Angst fehlt häufig ganz. Ist sie aber einmal vorhanden, so ist sie doch nicht konstant; und nur selten erreicht sie vorübergehend eine solche Höhe, dass sie Suicidversuche herbeizuführen vermag. Niemals sieht man bei Hypochondern das für Melancholiker so typische Symptom der Selbstbeschuldigung und des Unwürdigkeitsgefühls. Der Gedankenablauf ist nicht gehemmt. Gelegentlich findet sich sogar eine gewisse Unternehmungslust; und nicht ganz selten gelingt es, einen Hypochonder vorübergehend durch zusagende Thätigkeit, künstlerischen Genuss, heitere Gesellschaft von seinen traurigen Gedanken abzulenken. Freilich folgt dann nachher häufig eine um so tiefere Verstimmung nach, doch giebt zweifelsohne regelmässige, berufliche Thätigkeit manchmal auch dauernd einen gewissen Halt wie in Fall II, sodass *Mendel*[2]) nur desshalb den weiblichen Hypochondern eine schlechtere Prognose gestellt hat als den männlichen, weil ihnen in der Regel solche Pflichten fehlen.

Eher könnte man versucht sein, die Hypochonder auf Grund ihrer unläugbaren Wahnbildung zu den Paranoikern zu rechnen, wie z. B. *Sommer*[3]) vorgeschlagen hat. Auch *Friedmann*[4]) bringt den hypochondrischen Wahn in eine Reihe mit dem Quärulantenwahn. Allein als charakteristisch für Paranoia sollte nur ausge-

[1]) loc. cit.
[2]) loc. cit.
[3]) loc. cit.
[4]) loc. cit.

sprochener Beziehungswahn gelten dürfen mit Projiziren de Sensationen in die Umgebung und der Wahnbildung der Verfolgung Denn erst durch dieses Moment wird die Stellung des „Ich's“ zu Aussenwelt thatsächlich „verrückt“. Es ist mindestens gezwungen will man bereits die Veränderung der Organgefühle als veränderte Auffassung der Aussenwelt deuten, da doch die Organgefühle noc einen untrennbaren Bestandtheil des gesammten „Ich“-Komplexe bilden, und gerade die Misshandlung dieses seines Körpers durcl jene, in feindlichem Gegensatze dazu gedachte, Aussenwelt den echten Paranoiker empört. Aber auch der Quärulant, in dessen Kampfe ums Recht es sich mehr um ideale Streitobjekte handelt unterscheidet sich grundsätzlich von dem Hypochonder durch seine gänzlich andersartige Stellung zur Aussenwelt: jener sucht in ih seine Verfolger, dieser seine Retter.

Dass übrigens einer möglichst scharfen Trennung der einfachen Hypochondrie von der Verrücktheit mit hypochondrischer Färbung auch grosse praktische Bedeutung zukommt, das hat erst vor wenigen Jahren der bekannte Fall *Müller* gelehrt. Auf das damals erstattete Gutachten [1]) der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen sei hier ausdrücklich hingewiesen.

Ebenso ist gegen die Hysterie eine Abgrenzung möglich, wenn auch manchmal dadurch besondere Schwierigkeiten sich erheben, dass die Hypochondrie auf dem Boden der Hysterie entstanden sein kann. In der Regel liegt schon darin ein durchgreifender Unterschied zwischen beiden Krankheitsformen, dass die Suggestibilität, zumal ärztlichen Einwirkungen gegenüber, bei der Hysterie gesteigert, bei der Hypochondrie herabgesetzt ist. Der Hypochonder steht ganz unter dem Einflusse seiner Wahnvorstellungen und ist unempfindlich gegen fremde Kritik. Er ist schwer zu hypnotisiren und trotzt der Suggestionsbehandlung. Er bietet geringen Wechsel der Krankheitserscheinungen und neigt nicht zu bewussten Täuschungen. [2]) Der Hysteriker verlangt ferner nach einer theilnehmenden Umgebung und wird daher durch möglichst weitgehende Isolirung im Krankenhause günstig beeinflusst. Dagegen giebt sich

---

[1]) Zeitschr. f. Psych. 55, S. 449.

[2]) Vgl. *Fürstner*, „Ueber hysterische Geistesstörungen.“ Deutsche Klinik 1901. XIII. u. XV. Liefg.

ler Hypochonder gerne allein seinen Grübeleien und Selbstbeobachtungen hin und bedarf desshalb therapeutisch der Ablenkung. Endlich hat man auch wohl gesagt, der Hypochonder zeige ein leidendes Gesicht, der Hysteriker aber nicht; und die Sorge jenes betreffe die Zukunft, das Leiden dieses ruhe in der Gegenwart.

Differentialdiagnostisch von grösserer Bedeutung sind die somatischen Störungen, welche sich so häufig bei Hysterie einstellen. Dem Hypochonder fehlen eigentliche Stigmata. Höchst selten zeigt er Beeinträchtigung der kutanen Sensibilität. Statt der Anästhesien trifft man bei ihm vorherrschend Parästhesien und namentlich eigenthümliche Modifikationen der Sinnesempfindungen. Lähmungen hat freilich der Hypochonder gelegentlich auch; doch erstrecken sich diese mehr auf einzelne Bewegungsmöglichkeiten als ganze Gliedabschnitte und sind deutlich durch bewusste Vorstellungen hervorgerufen.

Das letztere Moment darf auch für die hypochondrischen Anfälle als typisch gelten. Diese sind, wie im Anschlusse an *Carl Westphal* besonders *Pick*[1]) und *Wollenberg*[2]) betonen, der direkte Ausfluss einer bewussten Vorstellung. Das Bewusstsein bleibt hier im Anfalle erhalten, sodass die Kranken während desselben richtig antworten und nachher Erinnerung haben. Es handelt sich also bei derartigen „Anfällen" im Grunde um zweckmässige, willkürliche Bewegungen.

Allerdings kommen ähnliche „psychische Anfälle" recht häufig im Verlaufe katatonischer Verblödungsprozesse zur Beobachtung. Doch gewinnen sie hier in der Regel einen mehr automatenhaften Anstrich. Auch wird man, abgesehen von dem Auftreten verschiedener katatoner Züge wie Stereotypien, Negativismus, Stupor, vorallem bald das Eintreten geistiger Schwäche wahrnehmen können. Der echte Hypochonder hingegen erleidet an seiner Intelligenz keine wesentliche Einbusse. Trotzdem giebt es zweifelsohne Fälle, in denen die Entscheidung längere Zeit sehr schwer fällt, weil gerade die katatonischen Verblödungsprozesse sich ausserordentlich häufig mit einem hypochondrischen Vorstadium einleiten. Hier lege man

[1]) „Zur Lehre von den sog. hypochondrischen Anfällen." Prag. med. Wochenschr. 1889, No. XIII.

[2]) „Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der psychischen Anfälle bei Hypochondrie". Charité-Annal. XV, S. 349.

Werth auf raschen Stimmungswechsel, impulsive Handlungen, das Auftreten von einzelnen Halluzinationen oder Grössenvorstellungen und suche stets, den Fall möglichst dauernd im Auge zu behalten. Der weitere Verlauf wird dann stets die Entscheidung bringen.

Weit grösseren Schwierigkeiten begegnet die Beantwortung der Frage, ob die geschilderten Zustände nicht lediglich als schwere Neurasthenieformen aufzufassen sind. Denn in der That werden von der Hypochondrie, wie oben gezeigt, mit Vorliebe Neuropathen ergriffen, ja in einzelnen Fällen gingen direkt dem Ausbruche des Leidens erschöpfende Momente voraus, sodass dort ein asthenischer Zustand des Nervensystems angenommen werden musste. Auf dieses häufige Hervorgehen der Hypochondrie aus der Neurasthenie haben denn auch *Jolly*[1]) und *Binswanger*[2]) ausdrücklich hingewiesen. Infolge dessen ist es nicht verwunderlich, wenn in manchen Fällen ausgesprochen neurasthenische Symptome wie Kopfdruck, rasche Ermüdbarkeit, Hyperästhesie der Sinnesorgane sich dem Bilde beimengen (Vergl. Fall II, VIII, IX.). Das Gleiche gilt wohl von den Zwangsvorstellungen und Phobien, die früher sogar als charakteristisch für Hypochondrie angesehen wurden, jetzt aber vorwiegend bald der Neurasthenie, bald dem degenerativen Irresein zugerechnet werden.

Allein das blosse Vorkommen einzelner derartiger Mischformen kann niemals dazu berechtigen, beide Krankheitsbilder einfach zusammenzuwerfen, so wenig das gelegentliche Auftreten hysterischer Symptome bei Epileptikern gestattet, Hysterie und Epilepsie als ein und dasselbe Leiden auszugeben. Wer immer die Hypochondrie als Teilerscheinung oder gar als Cardinalsymptom der Neurasthenie ansieht, vernachlässigt alle diejenigen Fälle, in welchen das neurasthenische Beiwerk fehlt, der übersieht vor allem vollständig, dass gerade der charakteristische Zug der echten Hypochondrie, die jeder Kritik unzugängliche, wahnhafte Verarbeitung der krankhaften Empfindungen mit ihrer zwingenden Beeinflussung des gesammten Handelns nichts mehr mit dem Wesen der Neurasthenie gemein hat. Dieser Zug bildet vielmehr durchaus etwas Eigenartiges: Er rückt die Hypochondrie

[1]) loc. cit.
[2]) loc. cit.

ınter die Psychosen und nähert sie noch am ersten der Paranoia-
gruppe an, während er der neurasthenischen Geistesstörung im
Sinne *Ganser*'s fehlt.

Althaus[1]) hatte daher gegenüber dem alten, fest ein-
gewurzelten Krankheitswahne des Hypochonders alle temporär auf-
tauchenden Krankheitsbefürchtungen der Neurastheniker grundsätz-
lich als Nosophobien abtrennen wollen. Doch ist eine solche
glatte Scheidung undurchführbar, solange die Möglichkeit besteht,
dass aus einer Neurasthenie sich eine Hypochondrie entwickeln
kann. Vielmehr muss stets mit dem Vorkommen von Mischformen
gerechnet werden, die nicht auf Grund allgemeiner Regeln, sondern
nur von Fall zu Fall sich beurtheilen lassen.

Auch die Behauptung einzelner Autoren, dass die Sensationen
bei der Neurasthenie peripher, bei der Hypochondrie central ent-
stehen sollen, ist, abgesehen davon, dass sie nicht ganz unanfecht-
bar erscheint, praktisch ziemlich bedeutungslos, indem es kaum
gelingen dürfte, die Genese aller Empfindungen klarzustellen. Im
Allgemeinen mag man besser daran festhalten, dass keine blosse
Neurasthenie mehr vorliegt, wo sich ausgesprochene Wahnbildung
mit zwingender Beeinflussung des gesammten Handelns bemerk-
bar macht[2]). Hier hat sich der Neurasthenie ein neues Krankheits-
bild hinzugesellt: die einfache Hypochondrie.

Das wichtige Moment des Zwanges ist hauptsächlich von
Schüle und nach ihm von *Friedmann* in ihren Definitionen der
Hypochondrie mit Nachdruck betont worden. Namentlich Letzterer
stellt dasselbe durchaus an die Spitze in seiner Gleichung: „Hypo-
chondrie = Zwangsdenken in der Richtung der Angst um körper-
liches Wohlbefinden mit dem Charakter der Ueberzeugung.“ An
dieser Erklärung ist aber auszusetzen, dass, wie auch bei der
Definition von *Mendel*, der Angst eine zu grosse Bedeutung bei-
gemessen wird. Gerade gebildete Hypochonder stellen zuweilen
dauernd jegliche Angst in Abrede (vergl. Fall V). Ausserdem sind
von *Friedmann* die wichtigen Sensationen ganz ausser Acht ge-
lassen, auf welche *Romberg* den Hauptwerth gelegt hatte.

---

[1]) „Ueber Hypochondrie und Nosophobie.“ Deutsch. Arch. f. klin. Med.
1895, Bd. 54, S. 487.

[2]) Vergl. *Wernicke*, „Grundriss der Psychiatrie.“ 1900. S. 263.

Nannte *Romberg* die Hypochondrie eine „psychische Hyporästhesie“, so sprach dagegen *Griesinger* von einer „schwermüthigen Folie raisonnante. Für ihn stand mithin die aus einem starken körperlichen Krankheitsgefühle hervorgehende Gemüthsdepression im Vordergrunde. Ebenso berücksichtigte auch *Jolly*'s ältere Definition in erster Linie die traurige Verstimmung, bis durch *Hitzig*'s Zusatz wieder die Sensationen gebührende Erwähnung fanden. Die jetzige Definition *Jolly-Hitzig* lautet: „Die Hypochondrie ist diejenige, auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist.“

Da in dem Begriffe der anhaltenden Aufmerksamkeit aber auch das Moment des Zwanges enthalten ist, indem bei dauernd einseitiger Gedankenrichtung die resultirenden übermächtigen Vorstellungen zur Umsetzung in entsprechende Handlungen drängen müssen, so kann die obige Definition in jeder Hinsicht als treffend und erschöpfend bezeichnet werden.

Es ist hier bereits mehrfach der wichtigen Rolle der Neurasthenie für die Genese der Hypochondrie Erwähnung geschehen. *Jolly* glaubt sogar, dass die Neurasthenie fast ohne Ausnahme die Grundlage bilde, indem die durch sie gesetzten Veränderungen der Selbstempfindung die eigentliche Materie für die hypochondrischen Beängstigungen und Vorstellungen abgeben. Eine ähnliche Auffassung vertritt *Binswanger*. Demgegenüber sind von *Böttiger* wieder Krankengeschichten mitgetheilt worden, in denen ein neurasthenisches Vorstadium zu fehlen scheint. Nach meiner, allerdings recht kleinen, Beobachtungsreihe handelt es sich in letzteren Fällen vorwiegend um erblich schwer belastete Individuen oder direkt um Imbecille. Es lässt sich dann manchmal eine gewisse hypochondrische Disposition bis in die Jugend zurückverfolgen. Es wäre unberechtigt, in solchem Falle nur von hypochondrischen Symptomen im Verlaufe einer Imbecillität reden zu wollen. Denn die Imbecillität ist ein dauernder Zustand und keine in der Entwickelung begriffene Krankheit. Auf ihrem Boden können wohl neue Psychosen entstehen, aber sie selbst wird von sich aus keine wechselnden Formen annehmen. Vielleicht liegt der gegentheiligen

Ansicht einiger Autoren eine Verwechselung von Imbecillität mit Hebephrenie zu Grunde. Dass aber gerade im Verlaufe katatonischer Verblödungsprozesse hypochondrische Symptome gerne episodisch auftreten, ist schon betont worden. Man könnte derartige Zustände, die sich sogar über Monate erstrecken, passend als Pseudo-Hypochondrie bezeichnen und darunter auch die Fälle einreihen, in welchen scheinbar eine einfache Hypochondrie in eine andere Psychosenform übergeht.

Endlich kann sich die Hypochondrie auch auf dem Boden der Hysterie entwickeln. Namentlich bei Unfallskranken kann man ein derartiges Verhältniss ganz zweifellos beobachten. Manchmal zeigen sich auch nach dem Trauma anfangs Symptome beider Krankheitsbilder nebeneinander, bis allmählich mit der vollen Entwickelung der Hypochondrie die hysterischen Züge immermehr zurücktreten.

Zum Schlusse noch einige wenige Worte über die kausalen Beziehungen der Hypochondrie zu gleichzeitigen somatischen Störungen:

Die alte Auffassung *Romberg*'s ging bekanntlich dahin, dass durch abnorme Konzentrirung der Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Organgebiet dieses selbst wirklich erkranken könne. Allein bereits *Griesinger* hatte sich entschieden gegen diese Lehre gewandt. Er sprach umgekehrt von einer Hypochondria cum materia, wenn die Hypochondrie als secundäre Cerebrospinalreizung im Anschlusse an eine periphere Erkrankung imponirte. Später erklärte *Jolly* jede Unterscheidung von „cum“ und „sime materia“ als werthlos für die pathognostische Auffassung und wies darauf hin, dass die hypochondrischen Beschwerden sich durchaus nicht immer auf die erkrankten Organe beziehen. Man kann vielleicht sogar sagen, dass die Vorstellungen echter Hypochonder auffallend wenig durch interkurrente somatische Störungen beeinflusst werden. Jedenfalls ist es nicht angängig, beliebige Organveränderungen, die bei der Obduction gefunden werden, ohne weiteres mit hypochondrischen Sensationen in Zusammenhang zu bringen. Wo dagegen eine eingehende Untersuchung in vivo oder später der Sectionsbefund die Beschwerden auch nur zum Theile erklärt, da hat überhaupt keine echte Hypochondrie vorgelegen. Will man also nicht etwa den Begriff der „materia“ auf den asthenischen Zustand

des Nervensystems ausdehnen, wie er so häufig der Entwickelung der Hypochondrie als Basis dient, so sollte man am besten die Bezeichnung einer Hypochondria cum materia mit ihrem inneren Widerspruche ganz fallen lassen.

So kommen wir zu folgenden Sätzen:

1. Die Hypochondrie ist eine selbständige, in sich abgeschlossene klinische Krankheitsform, die sich vorwiegend bei einem geschwächten Centralnervensysteme — bei Neurasthenie, Hysterie schwerer erblicher Belastung — entwickelt.

2. Ist die Hypochondrie zum Ausbruche gelangt, so nimmt sie in der Regel einen gesetzmässigen chronischen Verlauf mit häufigen Remissionen und gelegentlichen Exacerbationen. Ob dauernde Heilung möglich ist, erscheint zweifelhaft. Niemals tritt Demenz ein.

3. Bei scheinbarem Uebergange der Hypochondrie in eine andere Irrsinnsform hat es sich wohl stets nur um das hypochondrische Vorstadium dieser Psychose gehandelt. Ebenso können sich episodisch hypochondrische Symptome jeder anderen Psychose beimengen. Die richtige Deutung derartiger Fälle von Pseudo-Hypochondrie wird nur im Beginne des Leidens und bei zu kurzer Beobachtungsdauer auf Schwierigkeiten stossen.

4. Die echte Hypochondrie ist stets eine Hypochondria sine materia.

Meinem hochverehrten vormaligen Chef, Herrn Prof. Dr. *Wollenberg*, spreche ich für die liebenswürdige Ueberlassung der Krankengeschichten und für die gewährte Anregung und Unterstützung auch an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank aus.

Ueber Ziele und Erfolge der Familienpflege Geisteskranker

nebst Vorschlägen für eine Abänderung des bisher in Berlin angewendeten Systems.[2]

Von

Dr. **E. Nawratzki**, Assistenzarzt.[1]

Wenngleich die Frage der familiären Irrenpflege noch keineswegs als abgeschlossen gelten kann, so stimmen doch alle Autoren, die zu dieser Sache das Wort ergriffen haben, darin überein, dass wir in dieser freiesten aller Verpflegungsformen ein nicht mehr zu entbehrendes, segensreiches Institut besitzen, auf welches kein Anstaltsleiter, der es bei sich eingeführt hat, verzichten möchte. Es hat im Laufe der letzten Decennien fast in alle civilisirten Staaten Eingang gefunden, so in England, Frankreich, Spanien, Italien, Oesterreich, Russland, Holland und Amerika.

Mit der Familienpflege für Geisteskranke sind wir eigentlich zu einer schon im Mittelalter geübten Einrichtung zurückgekehrt, nur mit dem den Fortschritt ausmachenden Unterschiede, dass sie jetzt unter irrenärztliche Kontrolle gestellt ist. Was damals ein

---

[1]) Aus der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.

[2]) Die nachstehenden Ausführungen haben bereits im Juni 1901 dem Vorsitzenden der Armen-Direktion zu Berlin, Herrn Stadtrath Dr. Münsterberg, im Manuskript vorgelegen. Im Anschluss hieran schweben gegenwärtig Verhandlungen zwischen den zuständigen Verwaltungs-Behörden über eine Abänderung der Berliner Familienpflege.

Nothbehelf war, weil es noch keine Anstalten gab, ist heute zu einem Fortschritt in der Irrenfürsorge geworden, insofern als diese Einrichtung die Rückversetzung der Kranken aus der geschlossenen Anstalt in die Aussenwelt bezweckt, erleichtert und die Weiterbehandlung in der Familie ermöglicht.

Bedenken gegen die Einrichtung der Familienpflege sind sehr oft erhoben worden und werden auch jetzt noch hier und da geltend gemacht. Nicht zum wenigsten richten sie sich gegen die Grossstadt, die immer noch als ein ungeeigneter Boden für die Verpflanzung der familialen Irrenpflege und für eine gedeihliche Entwickelung derselben angesehen wird. Wenn auch zuzugeben ist, dass die Verhältnisse in einer Grossstadt wie Berlin weit komplicirtere sind als auf dem Lande, so lassen sich unter Berücksichtigung derselben dort Resultate erzielen, die denen vom Lande keineswegs nachstehen brauchen. Nur müssen die gestellten Ansprüche nicht das Mass dessen übersteigen, was eine gute Familienpflege überhaupt zu leisten im Stande ist. Dass dieselbe auch in Berlin zu einer bewährten Einrichtung geworden ist, beweisen die in den Berichten von *Bothe* (Ueber die familiale Verpflegung Geisteskranker, Berlin 1893) und *Falkenberg* (Die Ergebnisse der Familienpflege Geisteskranker, Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 54) niedergelegten Zahlen. Weiteres Material sollen die von mir gemachten Zusammenstellungen aus der städtischen Irrenanstallt zu Dalldorf liefern. Vorerst aber mögen einige allgemeine Punkte kurz erörtert werden.

Was bedeutet und leistet eigentlich die Familienpflege?

Sie bedeutet für uns immer die Rückversetzung von Geisteskranken in die eigene oder in eine fremde Familie unter günstigeren Bedingungen, als sie vor ihrer Einlieferung in eine Anstalt bestanden haben, nachdem die Erkrankten in der letzteren mehr oder weniger lange Zeit behandelt worden sind.

Dieses Institut gestattet einerseits, eine Anstalt von solchen Kranken zu entlasten, die, im Verlaufe ihrer Krankheit allmählich verblödet, ruhig und harmlos geworden, eigentlich nicht der Anstaltspflege, sondern nur einer irrenärztlichen Aufsicht bedürfen, die früher zu ihrer eigenen Sicherheit vielleicht zeitlebens in der Anstalt hätten bleiben müssen. Andererseits können mit Hilfe desselben gebesserte Kranke vor vollständigem Ablauf der

Reconvalescenz herausgegeben werden, indem ihnen der Uebergang zu den altgewohnten Verhältnissen erleichtert wird durch Gewährung einer fachmännischen Aufsicht, die sie gerade in der Uebergangszeit besonders nöthig haben.

Im ersten Falle bildet es das, was eigentlich der Name besagt, ein Pflegeinstitut, als Ersatz der Anstalt. Im anderen Falle bedeutet es die Fortsetzung der Anstaltsbehandlung bis zur völligen Genesung und Entlassung.

Endlich hat es der Leiter in der Hand, auch solche Kranke, deren Leiden weder nach der günstigen noch nach der ungünstigen Seite hin als abgelaufen anzusehen ist, versuchsweise in Pflege zu geben. Derartige Versuche sind nicht selten von einem überraschend günstigen Erfolge begleitet gewesen. Aber selbst wo dieser Erfolg ausgeblieben war, hatte man manchem querulirenden Kranken, ohne Schaden für die öffentliche Sicherheit, die Möglichkeit gegeben, sich auch einmal, wenngleich nur kurze Zeit, draussen versucht zu haben.

Die günstigeren Bedingungen, welche die Familienpflege den Patienten gewährt, sind: 1. die durch das Pflegegeld gebotene Unterstützung, 2. die Rückkehr in die Familie, 3. die sachgemässe Beaufsichtigung ausserhalb der Anstalt.

Das Pflegegeld spielt gerade bei den Insassen einer öffentlichen Irrenanstalt eine nicht geringe Rolle. Nicht selten haben bei diesem und jenem Mangel und Noth, die drückenden Sorgen um das tägliche Brot, das Fehlen werkthätiger Hilfe von aussen, die Ueberanstrengung den Keim zur Erkrankung gelegt, oder doch ihren Ausbruch begünstigt. Solche Elemente nach ihrer Besserung schutzlos den alten Kampf mit den widrigen Verhältnissen wieder aufnehmen zu lassen, wäre ein eitles Unternehmen. Wohl aber ermöglicht man ihnen die Existenz in der Aussenwelt durch eine ausreichende Beihilfe, durch die sie sich für die erste Zeit gesichert wissen, unter geordneten Verhältnissen wirthschaften und in Ruhe nach geignetem Erwerb sich umschauen können. Das Geld bedeutet für diese Personen, die in Folge der Art ihres Leidens bei aller Besserung doch geistig weniger widerstandsfähig und weniger leistungsfähig werden, oft den Verbleib in der Aussenwelt, während sie unter anderen Bedingungen immer wieder als rückfällige Kranke zur Anstalt ihre Zuflucht nehmen

müssten. Diese eben gekennzeichnete Bedeutung des Pflegegeldes tritt natürlich nur bei der 2. Gruppe von Pfleglingen in die Erscheinung, für welche die Pflegezeit das Uebergangsstadium bis zur völligen Entlassung bilden soll.

Die Rückkehr in die Familie könnte auf den ersten Blick weniger bedeutungsvoll erscheinen. Es muss uns verwunderlich erscheinen, dass die Kranken sich aus den hohen, luftigen Räumen der Anstalt, aus der darin herrschenden Ordnung und Pflege hinaussehnen in die beschränkte, oft mit den Ansprüchen der Hygiene nicht in Einklang zu bringende Familienwohnung, die ihnen nicht selten allerlei Unbequemlichkeiten auferlegt. Aber gerade die Grösse und dann die zahlreiche Umgebung wirken bedrückend auf viele unserer Kranken. Wie oft sprechen sie dem Anstaltsarzte gegenüber den Wunsch aus nach einem ruhigen Plätzchen, an welchem sie fernab von dem Getriebe sich aufhalten können. Die Ruhe und Absonderung kann ihnen im Anstaltsleben, wo ganz heterogene Elemente zusammentreffen, überhaupt nicht, oder jedenfalls nicht in dem Maasse gewährt werden, wie in einer geeigneten Familie.

Die aufnehmenden Familien sind entweder die eigenen oder fremde. Aus den letzteren gehen die ständigen Pflegestellen hervor. Die ersteren bilden in der Regel nur ad hoc geschaffene Stellen; zuweilen haben sich jedoch aus ihnen schon dauernde entwickelt.

Das charakteristische Merkmal für die Familienpflege bleibt die Gewährung einer irrenärztlichen Aufsicht ausserhalb der Anstalt. Bei einer anderen Methode der Fürsorge für entlassene Geisteskranke, nämlich der direkten Ueberweisung an die Armen-Behörden, erhalten die Entlassenen wohl Unterstützung und Aufenthalt in der Familie; aber sie bilden nicht mehr Objekte ärztlicher Einwirkung.

Von dem Gedanken, dem man hie und da einmal früher näher getreten war, die Kontrolle der Pflegestellen und die Aufsicht über die Pfleglinge untergeordneten Kräften, z. B. dem Wartepersonal der Anstalt, anzuvertrauen, ist man sehr rasch abgekommen. Dazu sind die Aufgaben zu mannigfaltige und hohe und oft solcher Art, dass sie nur von einem sachverständigen Arzte gelöst werden können.

Sie beginnen schon mit dem Moment, in dem es heisst, einen Kranken in die Familienpflege zu entlassen. Vornehmlich dann, wenn derselbe in einer fremden Familie untergebracht werden soll,

muss der Pfleglingsarzt darauf bedacht sein, unter den ihm zur Verfügung stehenden Pflegestellen eine passende Wahl zu treffen. Diese Aufgabe wird ihm durch eine genaue Kenntniss der sich anbietenden Haushaltungen und der in ihnen herrschenden Verhältnisse wesentlich erleichtert werden. Allmählich hat sich ja auch ein Stamm von Pflegern herausgebildet, die sich durch jahrelange Uebung ein gutes Verständniss und genügende Geschicklichkeit erworben haben, um mit den verschiedenartigsten Kranken in der rechten Weise umgehen zu können. Bei Zeiten muss auch dafür Sorge getragen werden, den Kreis der Pflegestellen zu erweitern, um einmal eine Auswahl zu haben, ferner um einer Ausdehnung der Familienpflege jederzeit gewachsen zu sein.

Nach Herausgabe des Kranken ist sein natürlicher Anwalt in der Aussenwelt der Pfleglingsarzt. Dieser wird ihm mit seinem Rathe bei seinen mannigfachen Beschwerden, die ihn auch draussen nicht verlassen wollen, zur Seite stehen müssen. Seinen Einfluss wird der Arzt insbesondere bei der Wahl der Beschäftigung geltend zu machen haben, um schädliche Momente auszuschalten, die geeignet wären, eine Verschlimmerung in dem Befinden des Pfleglings herbeizuführen. Jede Verschlechterung desselben muss er kontrolliren, um zur rechten Zeit die Rückführung in die Anstalt veranlassen zu können.

Bei zunehmender Arbeitsfähigkeit des Pfleglings hat der Arzt die Entscheidung über dessen Entlassungsfähigkeit zu treffen. Diese Frage erfordert die grösste Aufmerksamkeit und Erfahrung, um nicht durch eine vorzeitige Unterbrechung der Unterstützung den Pflegling ungünstig zu beeinflussen. Und der Arzt macht sich nicht selten gerade dadurch verdient, dass er, indem er noch andere als nur armenrechtliche Gesichtspunkte bei seinen Entschliessungen mitsprechen lässt, für eine länger dauernde Unterstützung eintritt, weil er auf diese Weise der möglichen Rückkehr zur Anstalt vorbeugt. Indem er so treibend und hemmend zugleich zu wirken sucht, kann der Pfleglingsarzt die besten Resultate zeitigen.

Die Vortheile der Familienpflege ergeben sich ganz von selbst und stellen sich etwa folgendermassen dar. Sie liegen einmal — gegenüber der Anstaltspflege — auf wirthschaftlichem Gebiete. Die Versorgung solcher Kranken, für welche die Anstaltsbehandlung keinen besonderen Nutzen mehr verspricht, ist auf diese Weise für

die Gemeinde sehr viel billiger, ohne dabei schlechter zu sein. Allerdings kann man einwenden, dass die Kranken in der Anstalt sorgfältiger überwacht werden, dass die Familien einen Erwerb aus der Aufnahme von Kranken machen, letztere womöglich ausnutzen und schlecht halten. Dem ist entgegenzuhalten, dass einmal für die Inpflegegabe doch nur solche Patienten in Frage kommen, die eine strenge Ueberwachung nicht mehr nötig haben. Dass andererseits die Pfleger in dem Halten von Pfleglingen einen kleinen Vorteil suchen, braucht durchaus nicht geleugnet werden. Dieser Umstand allein lässt sie noch nicht als ungeeignet für ihr Amt erscheinen, wenn sie nur sonst verständig mit den Kranken umzugehen wissen. Und dass sie die Pfleglinge zur Arbeit heranziehen, bedeutet nicht eine Ausnutzung, sondern bildet sogar mit eine Aufgabe der Familienpflege. Die Patienten sollen gerade allmählich zur Arbeit erzogen werden, um sie soweit als möglich zu nutzbringenden Mitgliedern der Gesellschaft zu machen. Vorausgesetzt wird natürlich, dass nicht durch übermässiges Antreiben ihre Leistungen auf Kosten ihres Wohlbefindens künstlich gesteigert werden. Dafür trägt in der Regel der Pflegling selber schon Sorge, indem er zu grossen Ansprüchen Widerstand entgegensetzt. Ausserdem ist er durch die Kontrolle des Arztes genügend geschützt.

Viel häufiger ist im Gegentheil gerade der Mangel an Arbeitsgelegenheit für einen beträchtlichen Bruchtheil unserer Pfleglinge recht bedrückend, insbesondere für diejenigen unter ihnen, denen die Familienpflege nur die Wiedererlangung ihrer wirthschaftlichen Selbständigkeit erleichtern sollte. Diese Schwierigkeit tritt naturgemäss in einer Grossstadt wie Berlin besonders zu Tage, wo an sich zahllose Arbeitskräfte zusammenströmen und schon der Vollsinnige unter der starken Konkurrenz zu leiden hat, wie viel mehr der gebesserte Geisteskranke. Einen solchen anzustellen trägt jeder Arbeitgeber Bedenken, einmal weil er sich von der Scheu vor der Art des Leidens nicht frei machen kann, ferner weil er es mit einem gemindert Leistungsfähigen zu thun hat, dann weil ihm keine Garantie dafür gegeben werden kann, dass ein Rückfall nicht eintritt, endlich weil nicht selten die Bestimmungen der Krankenkasse störend dazwischen treten. In dieser Beziehung würde noch vieles zu bessern sein.

Der andere Vorzug der Familienpflege besteht in der Rückversetzung der Kranken in die Familie. Für viele von unseren Patienten ist es von grosser Bedeutung, in das ihnen zusagende und altgewohnte Milieu zurückkehren zu können, in dem sie sich von Jugend auf heimisch und wohl gefühlt haben. Ihnen fällt es schwer, sich an die ihnen fremden Einrichtungen der Anstalt zu gewöhnen, und zwar um so schwerer, als bei ihnen infolge ihrer Erkrankung die schnelle Anpassungsfähigkeit an immer neue Verhältnisse, die den geistesgesunden Menschen auszeichnet, stark herabgemindert ist. Vor allem aber, wie *Alt* (Ueber familiäre Irrenpflege, Halle 1899) richtig hervorhebt, geniesst der Pflegling in der Familie den Vortheil, dass sich hier um ihn eine ganze Anzahl von Gesunden bekümmern.

Die Familienpflege hat ferner im Vergleich zu jener Entlassungsmethode, nach welcher die gebesserten Geisteskranken direkt der Fürsorge der Armen-Behörden überlassen werden, den unbestreitbaren Vorzug, dass sie die herausgegebenen Patienten unter ärztliche Aufsicht stellt. Die Pfleglinge besitzen damit einen verständnissvollen Berater, an den sie sich mit ihren kleinen und grossen Sorgen wenden können, der sie vor Verwahrlosung und Ausnutzung schützen kann und eine geeignete Mittelsperson zwischen ihnen und der Armenverwaltung zu bilden vermag.

Einen anderen Vortheil der Familienpflege sehe ich endlich darin, dass durch die Aufnahme von Pfleglingen auch eine erziehliche Wirkung auf das Publikum ausgeübt wird. Unter einer geeigneten Anleitung und Aufsicht lernen die Laien Geisteskranke beurteilen und verstehen. Sie treten in lebendigere Beziehungen zu der Irrenanstalt und verlieren das Grauen vor einer solchen, das sie von Alters her beim Nennen derselben zu empfinden pflegen. Sie sehen in ihr nur das Krankenhaus, in das ihre Schützlinge im Falle einer Verschlimmerung ihres Leidens zurückgeführt werden müssen.

Die Familienpflege als einen besonderen Heilfaktor anzusehen, wäre zu weit gegangen. Sie bedeutet nur eine andere und zwar die freieste Form der Irrenbehandlung. Man kann drei Arten von Familienpflege unterscheiden (cf. *Moeli*: Ueber den jetzigen Stand der familialen Pflege Geisteskranker, Referat Neurolog. Centralbl. 1901 No. 10. S. 474): 1. diejenige, bei der die Behandlung ohne

jede Anstalt, nur in der Familie erfolgt 2. eine solche, welche sich als wesentliche Behandlungsform um eine kleine Centralanstalt gruppirt 3. solche, welche nur im Anschluss an eine grössere Irrenanstalt eingeführt ist. Zu der letzten Gruppe gehört die Dalldorfer Familienpflege, auf die ich nunmehr näher eingehen möchte.

Der Geschäftsgang für dieselbe, wie er sich in der Dalldorfer Irrenanstalt im Laufe der Jahre herausgebildet hat, ist zunächst folgender:

Die einlaufenden Gesuche um Zuweisuug eines Pfleglings, deren Zahl immer mehr anwächst, werden im Falle eines Bedarfs an neuen Pflegestellen dahin erledigt, dass zunächst durch Vermittlung der Armen-Direktion über die Lage und Grösse der Wohnung, die darin herrschende Ordnung, die Zahl der Hausgenossen und über den Leumund der Antragsteller Erkundigungen eingezogen werden. Fallen diese zur Zufriedenheit aus, so werden die sich Meldenden von Seiten der Anstaltsdirektion als Pfleger genehmigt und ihre Adressen in die Liste der verfügbaren Pflegestellen aufgenommen. Vor der definitiven Belegung einer neuen Stelle erfolgt aber immer eine eingehende Prüfung derselben durch den Pfleglingsarzt. Dieser wählt auch diejenige Pflegestelle aus, welche für einen in Pflege zu gebenden Patienten geeignet erscheint. Von Seiten der Anstaltsdirection erhält der Pfleger eine Aufforderung zur Abholung des Pfleglings. Bei der Uebergabe muss er einen Kontrakt unterschreiben, durch welchen er über seine Rechte und Pflichten unterrichtet wird. Dieser Kontrakt kann von Seiten der Anstalt jederzeit, von Seiten der Pfleger nach vorhergegangener vierzehntägiger Kündigung gelöst werden. Ueber die erfolgte Inpflegegabe erstattet die Anstaltsleitung eine Anzeige an die Armen-Direction.

Die ausgegebenen Pfleglinge werden von dem die Aufsicht führenden Arzte — dies ist ein Assistenzarzt — in regelmässigen Zeitabständen in ihrem neuen Heim aufgesucht und kontrollirt. In der Regel sieht er sie in jedem Monat mindestens einmal.

Die Zahlung des Pflegegeldes erfolgt am Ersten jeden Monats postnumerando aus der Vorschusskasse der Irrenanstalt; und zwar erscheinen zur Abhebung desselben gewöhnlich die Pfleger mit ihren Pfleglingen persönlich in der Anstalt und haben sich bei

dieser Gelegenheit dem Pfleglingsarzt vorzustellen. Seltener wird das Geld den Pflegern durch die Post zugesandt.

So lange die Kranken sich in Pflege befinden, gelten sie als zur Anstalt gehörig.

Nach verschieden langer Dauer findet die Familienpflege ihr Ende 1. dadurch, dass die Pfleglinge in die eigene Fürsorge entlassen werden, wenn sie fähig erscheinen, sich allein ohne Unterstützung fortzuhelfen; 2. dass sie der Armen-Direktion überwiesen werden, falls sie unterstützungsbedürftig bleiben; 3. dass sie im Falle einer Verschlechterung zur Anstalt zurückkehren; 4. dass sie in der Pflegestelle sterben.

Von diesen Abschlussmethoden bildet die zweite ein sehr umständliches und zeitraubendes Verfahren. Die Anstaltsleitung unterbreitet hierbei der Armen-Direktion den Antrag auf Uebernahme des Pfleglings. Letztere stellt ihrerseits erst Ermittelungen an durch Vermittelung der Armenkommissionen, trifft dann ihre Entscheidung und theilt diese der Anstaltsdirektion mit. Die Uebernahmeverhandlungen beanspruchen eine Zeit von mindestens drei bis vier Wochen, haben sich aber zuweilen schon mehrere — bis zu sechs — Monaten hingezogen.

Die Zahlen, welche nun die Resultate der Dalldorfer Familienpflege illustriren sollen, sind aus einer Zusammenstellung gewonnen, welche die Jahre 1893 bis 1897 umfasst. In diesem Zeitraume sind von den männlichen Geisteskranken 671 Patienten 822 mal in Pflege gegeben worden.

Von den 822 Inpflegegaben entfielen auf das Jahr

1893	1894	1895	1896	1897
159	190	204	131	138

Aus der Pflege schieden in den entsprechenden Jahren aus:

1893	1894	1895	1896	1897
65	182	235	145	122

Im Bestand verblieben am 1. April 1898 50 Pfleglinge.

Untergebracht waren

1. In fremden Familien . . 355 Pfleglinge = 43,2 pCt.
2. Bei Verwandten . . . . 467 „ = 56,8 „

In der Stadt d. h. Berlin (incl. Charlottenburg) befanden sich. . . . . 676 „ = 82,23 „

in den benachbarten Dorfgemeinden. . . . . 146 Pfleglinge = 17,77 pCt.

90 Kranke wurden mehrmals — 2 bis 5 mal — in Pflege gegeben. Unter ihnen war die Mehrzahl Alkoholisten, nämlich 49. An Imbecillitas litten von ihnen 14, an Epilepsie 10, an Paran. chronic. 7. Der Rest entfällt auf die übrigen Seelenstörungen.

In vereinzelten Fällen wechselten die Pfleglinge im Einverständniss mit dem Arzte die Pflegestelle. Ein solcher zwei bis dreimaliger Pflegestellenwechsel findet sich fünf mal vermerkt.

Von den 822 Pfleglingen litten an:

1.	Alcoholismus chronicus	323	=	39,29 pCt.
2.	Dementia paralytica	124	=	15,09 „
3.	Epilepsie	105	=	12,77 „
4.	Paran. chr. (resp. sek. Verblödung) .	99	=	12,04 „
5.	Imbecillitas	96	=	11,68 „
6.	Idiotie	34	=	2,92 „
7.	anderweiter einfacher Seelenstörung .	24	=	2,92 „
8.	Dementia senilis	22	=	2,68 „
9.	Hysteroepilepsie	4	=	0,49 „
10.	anderw. org. Gehirnerkrankung . . .	1	=	0,12 „

Die Pflege fand ihr Ende:

1.	durch Ueberweisung der Pfleglinge zur Armendirektion	284 mal	=	34,54 pCt.
2.	durch direkte Entlassung . . .	131 „	=	15,93 „
3.	durch Rückkehr zur Anstalt . .	301 „	=	36,62 „
4.	durch Ueberweisung nach einer anderen Anstalt.	53 „	=	6,45 „
5.	durch den Tod.	3 „	=	0,37 „

Von den direkt Entlassenen hatten 16 sich heimlich aus ihrer Pflegestelle entfernt und mussten aus diesem Grunde aus der irrenärztlichen Aufsicht entlassen werden. Die Mehrzahl von diesen waren wieder Alkoholisten (7).

Von den weiblichen Geisteskranken sind in den Jahren 1893 bis 1897 431 Personen 517 mal in Pflege gegeben worden und zwar

1893	1894	1895	1896	1997
110	117	107	83	79

Aus der Familienpflege schieden in den entsprechenden Zeiträumen aus:

1893	1894	1895	1896	1897
41	90	152	96	67

Im Bestande verblieben von ihnen am 1. April 1898 32.

Untergebracht waren

1. In fremden Familien	337 Pfleglinge	=	65,18 pCt.
2. Bei Verwandten	180 „	=	34,82 „
In der Stadt Berlin (resp. Charlottenburg)	389 „	=	75,24 „
in den benachbarten Dorfgemeinden	128 „	=	24,76 „

66 von diesen Frauen sind mehrmals — 2 bis 6 mal — in Pflege gewesen. Von ihnen litten 19 an Imbecillität, 15 an Paran. chronic., 6 an Alkoholismus chron., 6 an Dementia senilis, 5 an Dementia paralytica, 4 an Epilepsie, 5 an Hysterie, 5 an anderweitigen einfachen Seelenstörungen.

61 Pfleglinge haben im Einverständniss mit dem beaufsichtigenden Arzte mehrmals — 2 bis 5 mal — ihre Pflegestelle gewechselt.

Von den 517 Pfleglingen litten an:

1. Paran. chr. (resp. sek. Verblödung)	152 Frauen.
2. Imbecillitas	95 „
3. anderweitiger einfacher Seelenstörung	58 „
4. Hysteroepilepsie	44 „
5. Alcoholismus chron.	39 „
6. Dementia paralytica	35 „
7. Dementia senilis	34 „
8. Epilepsie	28 „
9. Idiotie	17 „
10. anderw. organ. Gehirnerkrankung	15 „

Die Pflege wurde beendet:

1. durch Ueberweisung der Pfleglinge zur Armen-Direktion	170 mal	=	32,88 ptC.
2. durch direkte Entlassung	91 „	=	17,60 „
3. durch Rückkehr zur Anstalt	183 „	=	35,4 „
4. durch Ueberweisung nach einer anderen Anstalt	28 „	=	5,42 „
5. durch den Tod	8 „	=	1,55 „

Bemerkt sei, dass unter den 91 direkt Entlassenen 19 sich heimlich aus der Pflegestelle entfernt hatten und deshalb aus der irrenärztlichen Aufsicht entlassen werden mussten. Von diesen war die Mehrzahl Alkoholistinnen (5).

3 Frauen wurden in der Pflege geschwängert. 2 Pfleglinge endeten durch Selbstmord in der Pflegestelle.

An Pflegegeld wurden gezahlt 333 mal 20 M., 100 mal 25 M., 59 mal 23 M., 8 mal 30 M. In den übrigen vereinzelten Fällen wurden 12, 15, 18, 22, 24, 28 und einmal auch 40 M. gezahlt.

In den folgenden Tabellen sollen die Zahlen Aufschluss geben über die Pflegedauer je nach Art des Abschlusses der Pflege und je nach den verschiedenen Krankheitsgruppen. (S. S. 354—357.)

In unseren Zusammenstellungen bildet eine Art von Werthmesser für die Leistungen unseres Institutes die Zeitdauer, die unsere Pfleglinge draussen zubringen. Diese Zeit kann von uns in ihrer ganzen Ausdehnung in den Fällen übersehen werden, in denen die Familienpflege mit der Wiedereinlieferung der Pfleglinge in die Anstalt ihr Ende erreicht hat. Wo sie mit der Ueberweisung an die Armendirection oder mit der Entlassung endigt, erstreckt sich die Beobachtungsdauer natürlich nur bis zum Augenblick der Entlassung aus der irrenärztlichen Aufsicht.

Wie unsere Statistik lehrt, ist der Wiedereintritt der Patienten in mehr als ein Drittel der Fälle erfolgt. Dieses Ergebniss darf die Leistungsfähigkeit unserer Einrichtung durchaus nicht als gering erscheinen lassen. Man muss sich vor Augen halten, dass das Institut vielfach nur bezweckt, als Ergänzung und Fortsetzung der Anstaltspflege für gebesserte oder harmlose und gefügige Geisteskranke zu dienen und den Uebergang zur Anstalt im Falle der Verschlimmerung ihres Leidens zu erleichtern und zu beschleunigen. Man muss sich ferner sagen, dass selbst die wenigen Monate, welche die Kranken draussen in geeigneter Aufsicht und Pflege zubringen können, als ein Gewinn nicht nur für die Commune, sondern auch für die Kranken selbst anzusehen sind. Sie schöpfen daraus die Ueberzeugung, dass im Falle einer Besserung etwas für sie geschehen kann, kehren im Falle einer Verschlimmerung ihres Zustandes weniger widerwillig zurück und bleiben nicht ohne Hoffnung für die Zukunft. Endlich ist zu bedenken, dass es sich sehr oft um Versuche handelt; und das Experiment muss schon

als gelungen erachtet werden, wenn dasselbe abgeschlossen wird, ohne dass ein Schaden für den Pflegling oder für die Umgebung erwachsen ist. Dies ist auch fast immer bei uns der Fall gewesen. Nur ganz vereinzelt ist es vorgekommen, dass Pfleglinge die öffentliche Ordnung in erheblichem Masse störten oder sonst lästig fielen.

Ein anderer Nachtheil, der oft gegen das Pflegeinstitut ins Feld geführt wird, die aussereheliche Schwängerung weiblicher Pfleglinge, fällt nach unserer Statistik kaum ins Gewicht. Unter 517 Frauen waren nur 3 geschwängert worden. Von anderen Unglücksfällen sind 2 Selbstmorde zu verzeichnen.

Die Wiederaufnahme geschah nicht selten auf eigenen Wunsch des Pfleglings, sei es, dass er sich den Verhältnissen draussen nicht anzupassen vermochte und deshalb vor den vermeintlichen oder wirklichen Anfeindungen und Widerwärtigkeiten in der Aussenwelt Schutz suchend zur Anstalt zurückkehrte, sei es aus Arbeitsunlust. Sonst erfolgte sie auf Veranlassung des Pfleglingsarztes, sobald sich eine Verschlimmerung der psychischen Störung bemerkbar machte.

Wie viele von denen, die zur Armendirection oder gänzlich entlassen worden waren, späterhin wieder aufgenommen werden mussten, nach welcher Zeit und aus welchen Gründen dies geschah, überhaupt deren Schicksale entziehen sich gegenwärtig unserer Kenntniss, Beurtheilung und Schätzung, da Aufzeichnungen hierüber hierorts fehlen.

Dass unser Institut auch vom Publikum nicht als belästigend oder unerträglich empfunden wird, beweisen die zahlreichen Gesuche um Abgabe von Pfleglingen. Wenn einmal Beschwerden von unbetheiligter Seite über Ausschreitungen der Pfleglinge uns zugetragen werden, so entspringen sie mehr, wie sich herausgestellt hat, der Intoleranz der Beschwerdeführer für die Schwächen und Absonderlichkeiten mancher von jenen, als wirklichen Belästigungen. Häufig sollen die von fremder Seite einlaufenden Mittheilungen den Zweck haben, einen Hinweis darauf zu geben, dass Kranke schlecht gehalten oder zu sehr ausgenutzt würden. Derartige Zuschriften finden entsprechende Berücksichtigung und bilden den Ausgangspunkt eingehender Prüfung durch den Arzt.

Tabelle I.

Krankheitsform	Art der Beendigung der Pflegezeit:	Pflegedauer					
		weniger als 1 Monat		zwischen 1 und 3 Monaten		zwischen 3 und 6 Monaten	
		M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
I. Alcoholismus chronicus	Ueberweisung zur A.-D. .	—	—	1	—	54	—
	Direkte Entlassung . . .	8	2	20	1	11	1
	Rückkehr zur Anstalt . .	28	3	34	8	56	5
	Ueberweis. zur and. Anst.	3	—	3	1	8	—
	Verbleiben im Bestand .	—	—	—	—	6	1
	Tod	—	—	—	—	—	—
II. Dementia paralytica	Ueberweisung zur A.-D. .	—	—	1	—	16	1
	Direkte Entlassung . . .	2	1	12	1	3	1
	Rückkehr zur Anstalt . .	12	2	6	1	12	7
	Ueberweis. zur and. Anst.	3	—	1	—	3	2
	Tod	—	—	—	—	1	—
	Im Bestand verblieben .	—	—	1	—	2	—
III. Paranoia chron. (resp. secund. Demenz)	Ueberweisung zur A.-D. .	—	—	—	2	16	8
	Direkte Entlassung . . .	3	1	5	9	4	7
	Rückkehr zur Anstalt . .	3	2	11	14	7	16
	Ueberweis. zur and. Anst.	1	1	6	2	3	2
	Tod	—	—	—	1	—	2
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	2	1
IV. Epilepsie	Ueberweisung zur A.-D. .	—	—	—	—	7	—
	Direkte Entlassung . . .	—	—	3	—	8	1
	Rückkehr zur Anstalt . .	9	—	10	3	17	3
	Ueberweis. zur and. Anst.	—	—	8	2	3	—
	Tod	—	—	—	—	—	—
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	—	1
V. Imbecillitas	Ueberweisung zur A.-D. .	—	—	—	1	12	4
	Direkte Entlassung . . .	3	—	6	3	5	—
	Rückkehr zur Anstalt . .	5	5	13	8	6	10
	Ueberweis. zur and. Anst.	1	1	2	3	2	3
	Tod	—	—	—	—	—	—
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	2	1
VI. Idiotie	Ueberweisung zur A.-D. .	—	—	1	—	1	5
	Direkte Entlassung . . .	—	—	2	—	—	—
	Rückkehr zur Anstalt . .	—	—	1	2	8	—
	Ueberweis. zur and. Anst.	—	—	2	1	—	—
	Tod	—	—	—	—	—	—
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	2	—

Tabelle I.

Pflegedauer													
zwischen 6 und 9 Monaten		zwischen 9 und 12 Monaten		mehr als 1 Jahr		mehr als 2 Jahre		mehr als 3 Jahre		mehr als 4 Jahre		Zusammen	
M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
25	3	11	1	4	1	—	—	—	—	—	—	95	5
7	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	49	5
13	4	12	2	8	2	—	—	—	—	—	—	146	24
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	1
5	2	3	1	3	—	—	—	—	—	2	—	19	4
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	1	12	2	1	2	—	1	—	—	—	—	45	7
—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	18	6
7	5	2	1	2	2	—	—	—	—	—	—	41	18
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
2	—	3	—	1	2	—	—	—	—	—	—	9	2
12	9	7	8	2	15	2	6	—	—	—	3	39	51
4	1	2	4	—	7	—	2	1	—	—	—	19	31
—	3	—	6	2	7	—	1	—	1	—	—	23	50
1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	13	6
—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	5
—	—	1	1	—	3	—	1	—	—	2	3	5	9
15	2	13	2	9	5	—	4	—	—	—	—	44	13
3	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	12	2
5	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	42	8
1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	7	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
13	6	3	6	1	6	—	1	—	1	—	—	29	25
5	1	2	4	—	2	—	—	—	—	—	—	21	10
6	7	1	3	—	3	—	—	—	—	—	—	31	36
1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	7	9
—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
3	3	3	—	—	2	—	1	—	1	—	—	8	8
4	2	2	—	1	2	—	—	—	—	—	—	9	9
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	2	—	1	—	2	1	—	4	5

Tabelle I (Fortsetzung).

Krankheitsform	Art der Beendigung der Pflegezeit:	Pflegedauer weniger als 1 Monat		zwischen 1 und 3 Monaten		zwischen 3 und 6 Monaten	
		M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
VII. Anderweite einfache Seelenstörung	Ueberweisung zur A.-D. .	—	—	1	—	4	5
	Direkte Entlassung . . .	—	2	—	3	1	8
	Rückkehr zur Anstalt . .	2	4	—	5	4	4
	Ueberweis. zur and. Anst.	—	1	—	—	—	1
	Tod	—	—	—	—	—	—
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	1	1
VIII. Dementia senilis	Ueberweisung zur A.-D. .	1	—	—	1	3	7
	Direkte Entlassung . . .	—	—	1	—	2	2
	Rückkehr zur Anstalt . .	1	3	2	4	1	1
	Ueberweis. zur and. Anst.	—	—	—	1	—	—
	Tod	—	—	—	—	—	1
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	1	—
IX. Hysteroepilepsie	Ueberweisung zur A.-D. .	—	1	—	1	1	2
	Direkte Entlassung . . .	—	1	1	4	—	2
	Rückkehr zur Anstalt . .	—	—	—	5	—	5
	Ueberweis. zur and. Anst.	—	—	—	—	—	1
	Tod	—	—	—	—	—	—
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	—	—
X. Anderweite organische Gehirnerkrank.	Ueberweisung zur A.-D. .	1	—	—	—	—	2
	Direkte Entlassung . . .	—	—	—	—	—	—
	Rückkehr zur Anstalt . .	—	—	—	2	—	—
	Ueberweis. zur and. Anst.	—	—	—	—	—	—
	Tod	—	—	—	—	—	—
	Im Bestand verblieben .	—	—	—	—	—	—

Tabelle II.

Pflegedauer betrug	bei den zur A.-D. Ueberwiesenen		bei den direkt Entlassenen	
	M.	Fr.	M.	Fr.
Weniger als 1 Monat bei	2	1	16	7
Zwischen 1 und 3 Monaten bei . .	4	5	50	21
Zwischen 3 und 6 Monaten bei . .	114	34	29	22
Zwischen 6 und 9 Monaten bei . .	91	38	24	11
Zwischen 9 und 12 Monaten bei .	52	26	9	13
Mehr als 1 Jahr bei	19	47	2	15
Mehr als 2 Jahre bei	2	17	—	2
Mehr als 3 Jahre bei	—	2	1	—
Mehr als 4 Jahre bei	—	3	—	—

Tabelle I (Fortsetzung).

Pflegedauer													
zwischen 6 und 9 Monaten		zwischen 9 und 12 Monaten		mehr als 1 Jahr		mehr als 2 Jahre		mehr als 3 Jahre		mehr als 4 Jahre		Zusammen	
M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
2	4	3	3	1	5	—	—	—	—	—	—	11	17
3	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	4	19
2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	8	16
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	3
5	4	1	2	—	4	—	—	—	1	—	—	10	19
1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	9
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
—	5	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	1	14
—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	11
—	2	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	1	14
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2
—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5
—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1

Tabelle II.

bei den Zurückgekehrten		bei den Verstorbenen		bei den nach einer andern Anstalt Ueberwiesenen		Summa	
M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
55	19	—	—	8	3	81	30
77	52	—	1	17	10	148	89
106	51	1	3	19	9	269	119
34	26	2	—	6	2	157	77
15	16	—	1	8	1	79	57
14	17	—	2	—	3	35	84
—	1	—	—	—	—	2	20
—	1	—	1	—	—	1	4
—	—	—	—	—	—	—	3

Was die Auswahl der Kranken betrifft, die für die Familienpflege geeignet erschienen, so finden wir unter unseren Pfleglingen alle Krankheitsformen vertreten. Man kann sagen, dass die Krankheitsform als solche keine strikte Contraindication gegen die Inpflegegabe abgiebt. Anhaltspunkte bezüglich der Geeignetheit ergaben sich allerdings ganz von selbst, indem z. B. Kranke mit verbrecherischen Neigungen oder gewaltthätigem Charakter von der Familienpflege möglichst ausgeschlossen wurden. Unterschiede unter den einzelnen Krankheitsgruppen machen sich in unserem Zahlenmaterial insofern bemerkbar, dass bei der einen Gruppe die Zahl der Entlassenen überwiegend ist, bei der anderen die Zahl der aus der Pflege Zurückgekehrten. Nehmen wir einmal die Zahl der Entlassenen als Richtschnur für die Beurtheilung des Erfolges, so gestalten sich die Verhältnisse am günstigsten bei den senil Dementen. Sowohl bei den Männern, als auch bei den Frauen übertrifft in dieser Krankheitsgruppe die Zahl der Entlassenen — und zwar der direct Entlassenen plus den zur Armendirection Ueberwiesenen — bedeutend die Anzahl der Zurückgekehrten. Das Verhältniss ist hier 14 : 4. Darnach folgen bei den Männern die Paranoiker resp. secundär Verblödeten (58 : 23), Idioten (12 : 5), Hysterische (2 : 1), Imbecille (50 : 31), an einfacher Seelenstörung Leidende (15 : 8), Epileptiker (56 : 42) und Paralytiker (63 : 41). Am ungünstigsten ist das Verhältniss bei den Alkoholisten, nämlich 144 : 146.

Aehnlich liegen die Dinge bei den Frauen. Bei den senil Dementen betrug das Verhältniss der Entlassenen zu den Zurückgekehrten 22 : 9. Darnach folgen die an einfacher Seelenstörung Leidenden (36 : 16), Idioten (9 : 2), Epileptische (15 : 8), Hysterische (26 : 14), Paranoische (82 : 50), Imbecille (40 : 36), an organischer Gehirnerkrankung Leidende (8:6) und Paralytische (13 : 18). Von den Alkoholistinnen (10 : 24) mussten $^2/_3$ wieder die Anstalt aufsuchen, ein noch ungünstigeres Resultat als bei den Männern. Auf die Frage näher einzugehen, wie man sich nach diesen Ergebnissen zu der Inpflegegabe von Trinkern stellen soll, erscheint hier nicht am Platze. Sie hat auch bereits von anderer Seite her eine eingehende Würdigung erfahren (*Schmidt:* Die geisteskranken Trinker in der Familienpflege. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57. S. 92).

Die Pfleger sind den Kreisen entnommen, aus denen auch unsere Kranken stammen. Alle möglichen Berufsarten sind unter ihnen vertreten. Dieses ermöglicht uns, den auszugebenden Pflegling gleichzeitig in einen ihm zusagenden Wirkungskreis zu versetzen. In den letzten Jahren konnten wir zu unsern Pflegern eine nicht unbeträchtliche Zahl früherer Wärterinnen und auch Wärter rechnen, die sich nach ihrer Selbstständigmachung um Pfleglinge bewarben. Ihre Gesuche wurden in erster Linie berücksichtigt und um so lieber, als sie ja für den Umgang mit den Patienten ganz besonders gut vorgebildet sind, ausserdem sich oft auch Kranke ausbaten, die sie von der Zeit ihres Anstaltsaufenthaltes her kannten und mit deren Eigenheiten sie vertraut waren. Ich konnte unter unsern Pflegern 34 frühere Wärterinnen und 6 Wärter zählen.

In der Regel ist in einer Familie ein Pflegling untergebracht. Nur wenige erhalten 2 oder 3. In 1 oder 2 Stellen befinden sich 4 bis 5 Pfleglinge.

Ueber die Vortheile, welche aus dieser Verpflegungsform von Geisteskranken der Gemeinde in materieller Hinsicht erwachsen, geben folgende Zahlen Aufschluss. Die Gesammtkosten für einen Pflegling pro Kopf und Tag betrugen im Durchschnitt während unserer Berichtsjahre 1,283 M., während dieselben für den Anstaltsaufenthalt zu derselben Zeit sich auf 2,115 M. stellten. Der Einwand, dass die Billigkeit unseres Systems dadurch illusorisch werde, dass dafür die Kranken den Communen länger zur Last fielen, kann eigentlich nicht gut erhoben werden, wenn man bedenkt, dass die herausgegebenen Personen immerhin doch Kranke sind, die sonst vielleicht zeitlebens in der Anstalt verblieben wären. Aber auch bei denjenigen, die einen Theil ihrer Arbeitskraft wieder erlangt haben und sich wirklich etwas verdienen, bedeutet das gezahlte Pflegegeld noch immer keinen überflüssigen Aufwand. Denn man muss erwägen, dass diese in der ersten Zeit sich Schonung auferlegen müssen, also nicht so viel verdienen können, wie in gesunden Tagen, ausserdem nicht auf regelmässigen Verdienst rechnen dürfen, indem sie ihres Zustandes halber bald einmal pausiren müssen oder die Arbeit verlieren. In diesen Fällen ist das Pflegegeld die einzige und beste Medicin, die dem Pflegling eine gewisse Sicherheit verleiht gegenüber den Unbilden draussen,

ihn vor Sorgen bewahrt, die er weit weniger gut ertragen kann als der geistesgesunde Concurrent, kurzum die ihn vor einer Verschlimmerung seiner Krankheit und vor der Rückkehr in die Anstalt zu bewahren vermag. Eine weitere Gewähr gegen eine unnöthige Ausbeutung der Commune leistet schliesslich der beaufsichtigende Arzt, der, wo es angängig erscheint und mit den Interessen des Patienten sich vereinbaren lässt, dafür Sorge zu tragen hat, dass der Pflegling zur rechten Zeit entlassen werde.

Unsere Zahlen haben uns auf eine auffällige Erscheinung aufmerksam gemacht, auf die ich jetzt genauer eingehen möchte, um an der Hand der sich daran knüpfenden Schlüsse mit Abänderungsvorschlägen hervorzutreten. Unsere Statistik lässt nämlich ein allmählich fortschreitendes Anwachsen der Familienpflege vermissen. Sollte die Ursache dafür sein, dass wir bereits an der Grenze der Leistungsfähigkeit unseres Institutes angelangt sind, oder sind andere Gründe vorhanden, die der Ausdehnung entgegenwirken und welche sind es?

Um uns eine Vorstellung zu bilden von der Rolle, die die Familienpflege in der Gesammtbewegung unserer Irrenanstalt spielt, müssen wir wieder zu Zahlen unsere Zuflucht nehmen. Berücksichtige ich zunächst das Verhältniss der Zahl der in Pflege gegebenen Personen zu der Gesammtmenge der aus der Irrenanstalt überhaupt Entlassenen, so gelange ich zu folgenden Werthen:

Aus der Irrenanstalt schieden aus:

Im Jahre	1893	1894	1895	1896	1897
Personen	1295	1242	1141	1126	1159
Von diesen wurden in Pflege gegeben	269 = 20,8%	307 = 24,7%	311 = 27,3%	214 = 19,0%	217 = 18,7%

Im Durchschnitt wurden also von den aus der Irrenanstalt Entlassenen ca. 22% in Pflege gegeben.

Bringe ich die in Pflege gegebenen in ein Verhältniss zur Anzahl der Kranken, die in den gleichen Zeiträumen in der Irrenanstalt sich befunden haben, so tritt folgende Aenderung ein:

In der Anstalt befanden sich:

Im Jahre	1893	1894	1895	1896	1897
Personen (Zahl berechn. durch Addition von Bestand und Zugang)	2536 (1295 + 1241)	2193 (1093 + 1100)	2296 (1222 + 1074)	2417 (1257 + 1160)	2389 (1255 + 1134)
Von diesen wurden in Pflege gegeben	269 = 10,6 %	307 = 14,0 %	311 = 13,5 %	214 = 8,9 %	217 = 9,1 %

Von den in der Anstalt behandelten Kranken wurden darnach im Mittel etwa 13 % in Pflege gegeben.

Auf den ersten Blick könnte diese Zahl als recht hochwerthig erscheinen. Sie bleibt aber nichtsdestoweniger um ein Beträchtliches hinter den Ergebnissen zurück, zu denen man an anderen Orten gelangt zu sein scheint. So berichtet *Alt*, dass in Belgien und Schottland mehr als 20 % aller Geisteskranken in der Familienpflege untergebracht sind. Auch *Griesinger* (cit. nach *Alt*) nahm bereits an, dass 20 bis 25 % aller Anstaltskranken hierfür geeignet seien, und *Alt* selbst spricht sich dahin aus, dass „man eher zu niedrig als zu hoch greift mit der Annahme, dass 25 % aller derjenigen, deren sachgemässe Unterbringung nach Inkrafttreten des Gesetzes vom 11. Juli 1891 den Armenverbänden obliegt, an und für sich für diese freieste Verpflegungsform geeignet sind".

Auch wir dürfen nicht anstehen zu sagen, dass von unseren Anstaltsinsassen ein grösseres Contingent an Pfleglingen gestellt werden könnte.

Die Grossstadt an sich können wir für die mangelnden Fortschritte unseres Instituts nicht verantwortlich machen. Wenngleich mit Rücksicht auf sie bei der Auswahl der Pfleglinge besonders grosse Sorgfalt angewendet wird, so ist sie insofern schon nicht das störende Motiv, als wir jederzeit auch über ländliche Pflegestellen in den benachbarten Gemeinden zu verfügen haben. An passenden Familien mangelt es ebenfalls nicht. Immer ist ein

Ueberschuss von belegbaren Stellen vorhanden. Auch dass die Leistungen der Familienpflege hinter unseren Erwartungen zurückgeblieben wären, kann man nicht sagen. Sie hat all' den Anforderungen entsprochen, die man an sie zu stellen berechtigt ist.

Die Hinderungsgründe müssen darnach weniger im äusseren, als vielmehr im inneren Betriebe gesucht werden.

Hier macht sich zunächst ein langsamer Geschäftsgang empfindlich bemerkbar. Seine Ursachen liegen einmal in den relativ vielen Instanzen, die bei der Inpflegegabe eines Patienten zu berücksichtigen sind, vor allem aber in der Ueberlastung der Verwaltung.

Während die Familienpflege die Anstalt selbst wohl von Kranken entlastet, hat die Verwaltung durch sie eine nicht unerhebliche Belastung erfahren. Sie bildet einen Adnex der Anstalt, der nicht da recht gedeihen kann, wo alle Kräfte durch die Centrale absorbirt werden. Sie wird eben noch als Nebending betrachtet.

Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Aufsicht thatsächlich von den Assistenzärzten im Nebenamte ausgeübt wird. Deren Interesse ist getheilt zwischen Anstalt und Pfleglingen. Und da sie schon räumlich mehr an die Anstalt gebunden sind, indem sie dort wohnen, können sie nicht in dem Umfange für ihre Schutzbefohlenen wirken, als es in deren Interesse wünschenswerth wäre.

Mancherlei Fragen von allgemeinerer Bedeutung harren noch einer passenden Lösung, ohne dass ihnen der Pfleglingsarzt mit einiger Aussicht auf Erfolg näher treten kann. So liesse sich z. B. die Beschaffung von Arbeitsgelegenheit, die gerade bei unseren männlichen Pfleglingen auf erhebliche Schwierigkeiten stösst, durch Inanspruchnahme passender Vereinsthätigkeit erleichtern, die Schaffung von Unterstützungsfonds aus Privatstiftungen anregen und anderes mehr. Um solche und andere Dinge wird sich der Arzt nur dann kümmern und mit seinem Rathe etwas nützen können, wenn er draussen im Leben steht, die Mittel und Wege kennt und diese Kenntniss im Interesse seiner Pfleglinge practisch zu verwerthen weiss.

Durch die weite, räumliche Trennung ist auch die Verbindung zwischen Arzt und Pflegern resp. Pfleglingen erschwert. Manche

Störungen, manche Wiederaufnahme wäre vermieden worden, wenn jener rasch hätte benachrichtigt werden, rasch dazwischen treten können.

Die erhöhte Belastung von Arzt und Verwaltung hat noch einen Uebelstand im Gefolge.

Da der Arzt in seinem Nebenamte nur eine beschränkte Anzahl von Pfleglingen wirklich beaufsichtigen kann, wenn anders die Ueberwachung nicht zu einer äusseren Form herabsinken soll, so liegt darin schon ein natürliches Hemmniss für eine ausgiebigere Ausnutzung unseres Institutes. Andererseits entschliesst man sich, um die Zahl der Pfleglinge nicht zu sehr anschwellen zu lassen, rascher zu einer Ueberweisung an die Armendirection, als es den Wünschen und Interessen des Pfleglings entspricht. Wie oft tritt der Pflegling an seinen Arzt heran mit der Bitte, der meist nicht entsprochen werden kann, ihn nicht der Armen-Direction zu überweisen. Er möchte am liebsten bis zur völligen Entlassung unter ärztlicher Aufsicht bleiben, nicht allein aus Furcht, es könnte ihm die Unterstützung verloren gehen, was freilich bei manchen das Leitmotiv ist, als vielmehr deshalb, weil er ungern noch mehr Fremde in seine Verhältnisse einweihen möchte, während er in dem Arzte seinen natürlichen Berather sieht, dem gegenüber er sich rückhaltlos aussprechen kann. Auch manche Pfleger, namentlich besser situirte, empfinden es als etwas Unliebsames, durch die Ueberweisung zu dem Armenvorsteher ihres Bezirkes in Beziehungen gebracht zu werden.

Die Ueberweisung der Pfleglinge an die Armen-Direction bildet nach meinem Dafürhalten überhaupt eine angreifbare Stelle in unserem System. Ich will hier ganz absehen von der Langwierigkeit des Verfahrens. Die Ueberwiesenen bilden eine Gruppe unterstützungsbedürftiger Geisteskranker ohne speziell ärztliche Ueberwachung. Man hat nun freilich den Satz aufgestellt, dass sie nicht mehr Objecte einer irrenärztlichen „Behandlung" wären. Aber darum bleiben sie doch geistig Minderwerthige und Geschwächte, die eine dauernde irrenärztliche „Aufsicht" recht gut vertragen. Durch ihre Entlassung aus unserer Fürsorge werden sie den Geistesgesunden gleichgestellt und nach ähnlichen Prinzipien wie diese behandelt. Der Armenvorsteher aber, so hoch seine mühevolle Thätigkeit sonst zu bewerthen ist, kann nicht als die ge-

eignete Instanz für diese Art von Pfleglingen angesehen werden. Man bürdet ihm damit eine wirkliche Last auf, der er als Laie nicht gewachsen ist, und die ihm allerlei Belästigungen einträgt. Er irrt auch nicht selten in der Beurtheilung der Hilfsbedürftigkeit dieser Gruppe. Wie sollte er auch als Laie richtig erkennen, was oft dem Arzte Schwierigkeiten bereitet, warum der eine und andere trotz seines guten Aussehens, trotz seines relativ jugendlichen Alters nicht arbeitsfähig ist. Aus dem Zwiespalt zwischen der scheinbaren absichtlichen Nichtsthuerei und den gestellten Ansprüchen ergiebt sich nicht selten die Wiedereinlieferung solcher Kranken, die zu vermeiden gewesen wäre, wenn sie unter sachverständiger Fürsorge geblieben wären.

Wesentliche Aenderungen hat die Berliner Familienpflege seit ihrer Einführung nicht erfahren. Eine gewisse Abänderung ist nur insofern getroffen worden, dass bei der Anstalt Herzberge im Gegensatz zu Dalldorf die Pfleglinge als entlassen betrachtet werden. Dieselbe hat jedoch nur eine rein formale und juristische Bedeutung; sie bedingt lediglich eine Abweichung in dem Modus der Wiederaufnahme und der diesbezüglichen Anzeige bei der Staatsanwaltschaft. Immerhin könnte man darin schon Anfänge eines Bestrebens sehen, das Institut der Familienpflege von der Mutteranstalt abzutrennen. Zu einer wirklichen Abtrennung und damit zu einer durchgreifenden Veränderung würde man aber gelangen, wenn das Institut der Familienpflege der selbstständigen Leitung eines Irrenarztes unterstellt werden würde, der seinen Wohnsitz dort hätte, wo die meisten Pfleglinge untergebracht sind, d.h. in Berlin.

Diese neue Methode verspricht die Beseitigung der oben besprochenen Mängel, welche dem bisher gebräuchlichen System anhaften, ohne neue Mängel befürchten zu lassen. Der Leiter des Pflegeinstituts hätte alsdann die Angelegenheiten der Pfleglinge allein zu führen und zu verwalten und wäre vielleicht am besten der Armen-Direction, eventuell der Deputation für die Irrenpflege beizuordnen, dergestalt, dass er ihr direct verantwortlich ist. Die monatlichen Unterstützungen, die bisher aus der Vorschusskasse der Irrenanstalt gezahlt sind, würden fortan mit seiner Befürwortung an der städtischen Hauptkasse den Pflegern auszuhändigen sein. Die Pfleglinge würden der Aufsicht des leitenden Arztes bis zu ihrer völligen Entlassung unterstehen. Ueber diese letztere

kann er sich entweder selbstständig äusern, oder nach Anfrage seitens der Armen-Direction, die in regelmässigen Zeiträumen zu wiederholen wäre.

Er müsste zugleich mit denselben Befugnissen, wie der Armenarzt, ausgestattet sein, so dass allein auf sein Attest hin die von ihm für nöthig gehaltene Wiederaufnahme eines Pfleglings in die Anstalt ohne jeden weiteren Aufenthalt zu erfolgen hätte.

Bei einer Inpflegegabe würde hiernach folgender Geschäftsgang zu beobachten sein: Soll ein Patient in einer Familie untergebracht werden, so wird der Pfleglingsarzt eventuell unter Zusendung der Acten um die Angabe einer passenden Pflegestelle ersucht, oder er wird, wenn der Antrag eines Pflegers bereits vorliegt, angefragt, ob diese Stelle für den Patienten geeignet erscheint. Die Aufforderung der Pfleger zur Abholung eines Pfleglings ergeht noch von Seiten der Anstaltsdirection zugleich mit dem Ersuchen, sich sogleich bei dem Pfleglingsarzt vorzustellen. Letzterem ist von der Inpflegegabe ebenfalls gleich Mittheilung zu machen. Der Pflegling gilt alsdann als aus der Anstalt entlassen.

Die Vortheile dieser Art der Einrichtung sind mannigfache und lassen sich in folgenden Sätzen kurz zusammenfassen.

Sie bedeutet zunächst eine Entlastung einerseits der Anstaltsverwaltung, andererseits der Armencommissionen. Dadurch ferner, dass der Arzt in Berlin wohnt, ist er für die Pfleglinge leichter zugänglich. Ihren Interessen kann er sich in ganz anderem Umfange dienstbar machen als bisher. Durch seine Verbindung mit der Armendirection ist ein persönlicher Meinungsaustausch ermöglicht und dadurch der oft umständliche Weg durch die Acten entbehrlich.

Ausserdem liegt eine Vereinfachung des Systems darin, dass die oft langwierigen Verhandlungen mit der Armendirection in Betreff der Uebernahme fortfallen, wenn die Pfleglinge dauernd der Aufsicht des Arztes bis zu ihrer völligen Entlassung unterstellt sind. Und nicht nur eine Vereinfachung wird damit erreicht, sondern auch jenes erstrebenswerthe Ziel, dass alle draussen weilenden geisteskranken Personen immer unter irrenärztlicher Controlle sich befinden. Mit dieser Forderung befinde ich mich zugleich in Uebereinstimmung mit einer Forderung der Medicinalbeamten, die in den letzten Jahren mehrfach ausgesprochen worden

ist, die eben dahin geht, dass alle ausserhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken unter Aufsicht stehen müssten. Mancher Wiedereinlieferung von Kranken, die der Armendirection überwiesen waren, könnte dadurch vorgebeugt werden. Auch für solche Patienten, die einmal entlassen waren und dann in Folge ihres Leidens wieder unterstützungsbedürftig geworden sind, würde diese Institution von Vortheil sein, insofern ihnen durch Vermittlung des sachverständigen Leiters der Familienpflege allein die Unterstützung wieder zugewendet werden könnte; der kostspieligere Umweg über die Anstalt, der jetzt zuweilen eingeschlagen wird, um wieder in den Genuss des Pflegegeldes zu kommen, würde auf diese Weise leicht vermieden werden.

Die vorgeschlagene Systemveränderung soll den eigenartigen Verhältnissen Rechnung tragen, die die Grossstadt für die Familienpflege darbietet.

Die Vorschläge, die aus mehrjähriger Erfahrung mit der Familienpflege geschöpft sind, möchte ich noch einmal in folgenden Punkten kurz zusammenfassen:

1. Abtrennung der Familienpflege von der Anstalt.
2. Angliederung an die Armendirection eventuell auch an die Deputation für die Irrenpflege.
3. Unterstellung derselben unter die selbstständige Leitung eines fachmännisch gebildeten Arztes, der seinen Wohnsitz in Berlin hat.
4. Verbleib der Pfleglinge unter der Aufsicht des Arztes bis zur endgiltigen Entlassung.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Dr. *Sander*, für die gütige Erlaubniss zur Verwerthung des Materials auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Die Tuberculose in den Irrenanstalten mit besonderer Berücksichtigung der grossherzoglich hessischen und ihre Bekämpfung.

Von

Dr. **K. Osswald**, Hofheim, Oberarzt des Landeshospitals.[1]

Heutzutage, wo man fast in der ganzen civilisirten Welt den Kampf gegen die Tuberculose aufgenommen hat, wo ganze Congresse sich ausschliesslich ihre Bekämpfung zur Aufgabe gemacht haben, ist es eine unabweisbare Pflicht auch der Irrenärzte sich von Neuem die Frage vorzulegen: Ist denn in unseren Anstalten Alles geschehen, was zur Verhütung der Tuberculose, dieser verheerendsten Infektionskrankheit dienen kann? Werden die wissenschaftlich wohlbegründeten Maassregeln, welche ihrer weiteren Ausbreitung Schranken zu setzen geeignet sind, auch in der richtigen Weise angewendet und befolgt? Diese Fragen erscheinen um so berechtigter als den Irrenärzten schon seit langem aufgefallen ist, dass eine unverhältnissmässig grosse Zahl von Anstaltsinsassen der Tuberculose zum Opfer fällt.

Griesinger (10)[2]) berechnete gestützt auf Angaben *Esquirols* (1), der bei $^1/_3$ seiner Melancholiker, *Calmeils*, der bei $^2/_5$ und *Pinels*, der bei $^1/_6$ der Verstorbenen Tuberculose als Todesursache fand, dass ungefähr $^1/_4$ der Anstaltsinsassen an ihr zu Grunde gehn.

---

[1]) Vortrag gehalten auf der 57. Wanderversammlung des Vereins hessischer Psychiater in Hofheim am 24. Februar 1902.

[2]) Die Zahlen beziehen sich auf das Literaturverzeichniss am Schlusse der Arbeit.

Nach *Workmann* (7) verstarben in amerikanischen Anstalten $^{1}/_{3}$, nach *Clouston* (8) in englischen 36 pCt. der Gestorbenen an Phthise. *Dagonet* (4) und *Cullere* (12) konstatirten, dass in französischen Irrenhäusern die Tuberculose 25 pCt. der Todesfälle verursachte. Letztere Zahl hat seit *Hagen* (13) seine im Jahr 1850 ausgesprochene Ansicht: Die Tuberculose in den Irrenanstalten sei nicht häufiger als bei der freien gleichaltrigen Bevölkerung — 1876 (14) dahin umänderte, dass zwar das Verhältniss der an Tuberculose Gestorbenen zur Gesammtzahl der Gestorbenen bei der Irranstalts- und der übrigen Bevölkerung gleichen Alters dasselbe, nämlich 1 : 5 sei, aber weil die Gesammtsterblichkeit der Irren in den Anstalten 5mal so gross als bei der freien Bevölkerung wäre, auch die Tuberculose-Sterblichkeit der Irren das Fünffache wie bei Geistesgesunden betrage — eine geradezu classische Bedeutung erlangt. *Snell* (16) fand denselben Procentsatz wie *Hagen*, ferner übereinstimmend mit ihm, dass besonders Kranke mit langem Anstaltsaufenthalt der Tuberculose erlagen, lehnt aber wie jener, weil die Psychose meist vorausgehe einen ungünstigen Einfluss des Anstaltslebens ab. Die traurigsten Verhältnisse fand *Wulf* (22) für die Idiotenanstalten; denn während 1888 bei der freien Bevölkerung Preussens der Altersklasse 15—70 die Tuberculosemortalität 0,39 auf 100 Lebende ausmachte, betrug sie für die Irrenanstaltsbevöllkerung 1,3 pCt., für die Idiotenanstalten dagegen 2,6 pCt. der Verpflegten und fast die Hälfte der Verstorbenen.

Während man sich nun in früheren Zeiten begnügte, diese Thatsachen zu registriren und sich ihnen gegenüber recht ohnmächtig fühlte, brachte die Entdeckung des Tubercelbacillus durch *Koch* und kurz darauf die Erforschung seiner biologischen Eigenschaften durch *Cornet* (18) einen vollständigen Umschwung hervor. Die Kenntniss der Tuberculose als Infektionskrankheit ermöglichte erst das Verständniss ihrer ausserordentlichen Häufigkeit und verheerenden Wirkung unter den Anstaltsgeisteskranken und *Cornets* Lehren boten zugleich die Grundlagen zu energischen Abwehrmaassregeln.

So finden wir denn auch in Preussen schon seit dem Jahr 1889 ministerielle Verordnungen zum Schutze der Kranken in den Irrenanstalten und sonstigen Krankenhäusern gegen die Ausbreitung

der Tuberculose; für unser engeres Vaterland Hessen existiren meines Wissens bis jetzt ähnliche Bestimmungen noch nicht.

Fast alle neueren Arbeiten über vorliegenden Gegenstand befassen sich dem entsprechend hauptsächlich mit der prophylaktischen Seite. An erster Stelle verdient *Kalischer* (23) Erwähnung mit einer Arbeit, die seitens der Psychiater, offenbar weil an einer diesen weniger geläufigen Stelle veröffentlicht, leider zu wenig Beachtung gefunden hat. Auf Grund der Angaben *Cornets* (lc.) und *Guttstadts* (24) kommt er zu ganz gleichen Resultaten wie *Hagen*, d. h. dass die Tuberculosemortalität der Anstaltskranken ca. 5mal so gross als der gleichaltrigen Geistesgesunden sei und fordert ebenfalls, sich auf *Cornets* Vorschläge stützend zu energischen Maassregeln auf.

Nötel (21) hat auf der Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Weimar am 19. September 1891 anscheinend zum ersten Mal vor einem Forum von Irrenärzten ausgiebigere prophylaktische Forderungen gestellt und die Nothwendigkeit derselben damit begründet, dass von der geistesgesunden Bevölkerung nur 0,39 pCt., von der Irrenanstaltsbevölkerung dagegen 1,3 pCt. also 3,3mal soviel der Phthise erlagen; er betont dabei aber, dass man von der Irrenanstaltsbevölkerung keine so günstigen Sterbeziffern erwarten dürfe als von der geistesgesunden Bevölkerung.

Auf die Befolgung der von ihm selbst vorgeschlagenen prophylaktischen Maassregeln ist *Cornet* (27) geneigt ein Sinken der Tuberculosensterblichkeit in den Irrenanstalten Preussens seit dem Jahr 1888 von 1,84 pCt. der Verpflegten auf 1,56 im Jahr 1891 zurückzuführen, während in den bayrischen Anstalten, wo man unter *Bollingers* Einfluss einseitig die Disposition in den Vordergrund stellte, im gleichen Zeitraum sogar ein Steigen derselben von 1,89 auf 2,01 pCt. zu konstatiren war. Mir ist a priori unwahrscheinlich, dass diese Massregeln gegen alle sonstige Erfahrung sich so schnell eingebürgert haben sollen, dass man schon nach 3 Jahren zahlenmässig ihren Einfluss habe nachweisen können, ferner dürfen wir nicht ausser Acht lassen, dass gerade in diesen Jahren sich die gesammten Verhältnisse der Irrenanstaltsbewohner wesentlich günstiger gestaltet haben. Nach *Heimann* (30) ist in den preussischen Irrenanstalten von 1876 bis 1897 die Tuberculosesterblichkeit von 1,6 pCt. der Behandelten auf 1,1 pCt. herunter

gegangen gegenüber einer Tuberculosemortalität von 0,29 pCt. bei den geistesgesunden Erwachsenen. *Cornets* und *Heimanns* Angaben zeigen wesentliche Differenzen, die ich nicht zu erklären vermag. Die Zahlen *Heimanns* sind sehr niedrig, die Geisteskranken sterben darnach 3,8mal so oft an Tuberculose als die Geistesgesunden gleichen Alters; trotzdem zieht er daraus den Schluss, dass die Tuberculose bei Geisteskranken nicht erheblich häufiger zu sein scheine als bei Geistesgesunden, was auch die Ansicht einer Reihe von Sachkundigen sei.

Von einzelnen Anstalten werden weit ungünstigere Zahlen mitgetheilt, so starben nach *Zinn* (25) in Eberswalde von 1877 bis 92 15,69 pCt. aller Gestorbenen oder 4,69 pCt. des Durchschnittsbestandes der Verpflegten an Tuberculose und *Merklin* (26) fand für Lauenburg 1892 20,37 pCt. 1893 24,24 pCt. 1894 24,0 pCt. der Todesfälle als durch Tuberculose bedingt, was ihn veranlasste umfassendere und strengere Verhütungsmaassregeln einzuführen. Werfen wir noch einen Blick auf die ausländische Literatur des letzten Jahrzehnts, so erscheint dorten die Tuberculosemortalität nicht weniger beträchtlich als in den deutschen Anstalten.

Für die Dänischen Irrenanstalten *Aarhus* und *Oringe* berechnet *Geill* (40) eine Tuberkulosesterblichkeit von 16,99 bezw. 37,0 pCt. der Gestorbenen als Mittel von 20 Jahren, für die irischen giebt *Finegan* (41) 26 pCt, für die schottischen 12,5 pCt. an.

Im Northumberland County Asylum stieg nach *France* (35) die Zahl der an Phthise verstorbenen von 30 pCt. im Jahre 1894 auf die bedenkliche Höhe von 40 pCt. in den Jahren 1896 und 1897. In dem grossen Middletown state homöopathik Hospital sollen nach *Allen* (42) umgekehrt in 20 Jahren durchschnittlich nur 4,1 pCt., 1890 sogar nur 3,3 pCt. der Verstorbenen (?) Irren an Phthise gestorben sein (cit. nach *Frankhauser*).

Nach *Harrington* (38) starben in 67 Anstalten der Vereinigten Staaten von 1895—99 von 18513 Gestorbenen 2741 d. h. 14,8 pCt. an Tuberculose. In den Neuenglandstaaten gingen 11,9 pCt., in den Mittelstaaten 13,5 pCt., in den westlichen und südwestlichen Staaten 15,2 pCt. der Gestorbenen an Phthise ein, den höchsten Stand mit 20 pGt. erreichten die Südstaaten. *France* (37) zeigte kürzlich, welche bedeutende Rolle die Tuberculose unter den Todesursachen der Irren in England spielt. Von 1895—98 starben

in allen Irrenanstalten von England und Wales 28841 Kranke, davon an Paralyse 5529, an Tuberculose 4447 d. h. 15,41 pCt. der Gestorbenen.

Greife ich schliesslich zur Demonstration der Tuberculosesterblichkeit deutscher Anstalten aus den letzten Jahren noch einige Anstalten des deutschen Sprachgebiets heraus so erlagen nach *Frankhauser* (39) in der Irrenanstalt Friedmatt von 1877—1886 auf 100 Verpflegte durchschnittlich 2,20 pCt., von 1887—1900 nur 0,9 pCt, der Tuberculose, gegenüber 0,39 pCt. der freien gleichaltrigen Bevölkerung d. h. auch hier war die Tuberculosesterblichkeit immer noch 2,3mal grösser als bei den Erwachsenen Geistesgesunden der Stadt Basel. Er berechnet ferner für je 3 deutsche und 3 Schweizer Anstalten folgende interessante Vergleichswerthe. Es starben durchschnittlich an Tuberculose

in	auf 100 Gestorbene	auf 100 Verpflegte (Durchschnittsbestand)
Waldau 1889—1899 . . .	15,1	0,70 pCt.
Burghölzli 1891—1900 . .	12,3	1,00 „
Königsfelden 1890—1900 .	15,1	1,40 „
Altscherbitz 1887—1898 .	8,0	0,84 „
Stephansfeld 1887—1898 .	23,4	1,58 „
Saargemünd 1887—1896 .	12,8	1,16 „
		Durchschnitt 1,11 pCt.

Für die königlich sächsischen Anstalten habe ich für 1899 auf Grund des Jahresberichts folgende Tabelle zusammengestellt:

Es starben auf 100 des Durchschnittsbestandes

in	ins Gesammt	an Tuberculose.	
Sonnenstein	7,6	1,43	Durchschnitt 1,38 pCt.
Unter Göltzsch	11,52	1,18	
Hubertusburg Mr.	7,91	1,30	
„ Fr.	6,4	1,58	
Colditz	5,65	1,45	
Hochweitzschen	3,2	„gering."	

In Herzberge und Dalldorf starb im Jahr 1899 ca. 1 pCt. des Bestandes an Phthise (Jahresbericht).

Nachdem ich versucht habe im Vorausgehenden einen allgemeinen Ueberblick zu geben, welche Bedeutung der Tuberculose in früheren Jahren für das Absterben der Irrenanstaltsbevölkerung

in den deutschen und ausserdeutschen Anstalten zukam und welche Bedeutung sie jetzt noch hat (früher starben 5mal (*Hagen*, *Snell*) jetzt noch 3,3 (*Nötel*) resp. 3,8 (*Heimann*) mal soviel Irre daran als Geistesgesunde), wende ich mich zu den hessischen Anstalten, für welche statistische Zusammenstellungen dieser Art seit langem meines Wissens nicht gemacht worden sind.

Ich wurde zu denselben speziell dadurch veranlasst, dass ich in Folge meiner Vorbildung als innerer Mediziner der Häufigkeit der Tuberculose in unserer Anstalt seit meiner Thätigkeit als Irrenarzt eine grössere Aufmerksamkeit schenkte und so schon seit Jahren die Beobachtung gemacht zu haben glaubte, dass so ausserordentlich viele Geisteskranke der Tuberculose zum Opfer fielen. Die Generalidee meiner Arbeit war demnach anfangs: festzustellen, ob die Tuberculose in Hofheim viel häufiger zum Tode führe als bei der freien Bevölkerung Hessens und wenn dies der Fall war mussten ausgiebigere Massregeln zu ihrer Bekämpfung getroffen werden als sie seither gehandhabt wurden. Aus Gründen die später ersichtlich werden dürften, habe ich mich nun aber nicht nur auf die Anstalt Hofheim allein beschränkt, sondern die Untersuchung auch auf die Landesirranstalt Heppenheim und die psychiatrische Klinik in Giessen ausgedehnt. Für die Mittheilung der nöthigen Grundlagen bin ich den Herrn Medizinalrath *Bieberbach* und Herrn Professor *Sommer* zu grösstem Dank verpflichtet. Nicht berücksichtigt habe ich die Idiotenanstalt Alicestift in Darmstadt, ferner sind mir die ziemlich zahlreichen Geisteskranken Hessens, welche in den Jahren absoluter Ueberfüllung der hessischen Anstalten in ausserhessischen Irrenhäusern untergebracht waren und in diesen an Tuberculose verstorben sind, entgangen; dieselben sind wohl in andren Statistiken verwerthet.

Meine Untersuchungen stützen sich auf das Material von Hofheim und Heppenheim von 1877—1901 und von Giessen seit 1896, dem Bestehen der Klinik; nur diejenigen Fälle sind der Betrachtung zu Grund gelegt, bei welchen durch die Obduktion Tuberculose der Lungen oder anderer Organe als Todesursache festgestellt worden ist. Da nun zu erwarten stand, dass besonders in der vor *Kochschen* Zeit eine Reihe von tuberculösen Befunden, die man später erst als spezifische erkannte, z. B. die käsige Pneumonie, nicht als solche verzeichnet waren, habe ich alle

Sektionsprotokolle genau durchgesehen und stellenweis Korrekturen anbringen müssen. Immerhin bleibt auch so dem subjektiven Ermessen noch manches überlassen, denn es ist bekanntlich selbst nach der Obduktion nicht immer leicht sich zu entscheiden, was als Todesursache anzusehen ist, nehmen wir nur den Fall, dass es sich um einen deutlich paralytischen Befund bei ziemlich ausgedehnter Lungentuberculose handelt; noch mehr gilt dies, wo es sich um makroskopische Feststellung der Tuberculose als Nebenbefund handelt, — auch dies habe ich für Hofheim nebenbei berührt — hat man doch von mancher Seite jede pleuritische Spange als tuberculös aufgefasst wissen wollen.

Zur besseren Demonstration der Sterblichkeitsverhältnisse der Anstaltskranken überhaupt und der Tuberculosesterblichkeit im besonderen habe ich verschiedene Tabellen zusammengestellt. In Tabelle I sind getrennt für die einzelnen Jahre und die verschiedenen Anstalten berechnet und nebeneinandergestellt die Gesammtsterbeziffern d. h. die Zahlen, welche angeben, wieviele Kranke auf 1000 Verpflegte im Ganzen gestorben sind, die Tuberculosesterbeziffern, d. h. die Zahlen welche veranschaulichen, wieviele auf 1000 Verpflegte an Tuberculose verstarben. Zur besseren Uebersicht ist ferner jedesmal der 6jährige Durchschnitt gezogen.

Betrachten wir zuerst die Gesammtsterbeziffern für Hofheim so zeigt sich, dass die jährliche ausserordentlichen Schwankungen unterlag, den niedersten Stand im Jahre 1880 mit 45,75 pMl. den höchsten im Jahr 1877 mit 100,46 pMl. erreichte. Nach 6jährigem Durchschnitt betrachtet findet sich von den Jahren 1877—82 mit 65,42 pMl. ein Anstieg für die Jahre 1883—88 auf 70,17, dann wieder ein Sinken auf 65,75 und für die letzten 6 Jahre 1895—01 eine abermalige Erhebung auf 71,25 pMl., im 24jährigen Durchschnitt 68,67 pMl. der Verpflegten. Noch viel bedeutendere Differenzen weist die Tuberculosesterbeziffer auf. Sie geht der Gesammtsterbeziffer nicht parallel, war am geringsten mit 2,28 pMl. im Jahr 1878 und am höchsten mit 39,17 pMl. im Jahr 1889. Auf den 6jährigen Durchschnitt betrachtet finden wir ein Differiren von 15,1 für 83—88 bis 23,07 für 89—94; der 24jährige Durchschnitt beträgt 17,25 pMl. In den Jahren, wo nach 6jährigem Durchschnitt die Gesammtsterbeziffer besonders hoch war, war die Tuberculosesterblichkeit am geringsten. Besondere

Kalender- bezw. Rechnungsjahr	Hofheim				Heppenheim				Giessen				Hofheim		Heppenheim		Giessen	
	Von 1000 Verpflegten starben												Von 100 Gestorbenen starben an Tuberculose					
	Im Ganzen		An Tubercul.		Im Ganzen		An Tubercul.		Im Ganzen		An Tubercul.							
		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt		6jähr. Durchschnitt
1877	100,46		32,71		73,43		10,79						32,56		14,70			
1878	57,20		2,28		80,80		2,02						4,—		2,50			
1879	76,03	*65,42*	16,12	*16,76*	71,95	*71,05*	9,22	*7,75*					21,21	*25,53*	12,82	*11,46*		
1880	45,75		17,42		78,99		5,77						38,—		7,31			
1881	53,64		19,31		54,15		9,67						36,—		17,92			
1882	59,45		12,74		67,02		9,05						21,42		13,51			
1883	66,66		19,35		60,17		10,61						29,03		17,64			
1884	64,30		11,08		54,77		19,43						17,24		35,48			
1885	66,07	*70,17*	17,62	*15,01*	83,03	*66,19*	19,43	*19,84*					26,66	*21,38*	23,40	*30,21*		
1886	69,41		6,50		71,42		25,—						9,37		35,—			
1887	97,96		22,44		63,29		25,31						22,91		40,—			
1888	56,64		13,07		64,91		19,29						23,06		29,72			
1889	89,55		39,17		92,74		28,66						43,72		30,99			
1890	71,04		28,41		51,98		12,50						40,—		24,13			
1891	56,14	*65,75*	15,78	*23,07*	60,76	*61,91*	13,88	*18,44*					27,27	*33,52*	22,85	*30,60*		
1892	55,93		16,94		52,35		15,70						30,30		30,—			
1893	53,57		9,72		74,20		30,03						18,18		40,47			
1894	68,27		28,44		39,66		9,91						41,66		25,—			
1895	71,02		18,32		55,26		10,30		114,64		6,36		25,80		18,75		5,55	
1896	66,29		19,10		33,70		1,87		47,17		9,48		28,81		5,55		20,—	
1897	84,93	*71,25*	15,16	*15,34*	28,52	*39,23*	7,13	*6,52*	53,33	*51,45*	4,44	*3,38*	17,85	*21,54*	25,—	*16,99*	8,33	*6,58*
1898	65,40		11,37		52,08		6,94		44,28		—,—		17,39		13,33		—,—	
1899	66,66		7,89		32,44		7,63		40,54		3,38		11,84		23,53		8,33	
1900	73,23		20,20		33,39		5,27		87,97		—,—		27,58		15,77		—,—	
24j. Durchsch.		*68,67*		*17,25*		*59,47*		*13,32*						*25,12*		*22,40*		

Ursachen dieser eigenthümlichen Erscheinung vermag ich nicht anzuführen.

Man hat vielfach die Tuberculosesterblichkeit mit den gesammten hygienischen Verhältnissen in Verbindung gebracht und so lag die Frage nahe: Wie hat sich in Hofheim, seit 1894, dem Bezug der Neubauten für Männer die Tuberculosemortalität für letztere gestaltet, man müsste eine Verringerung der Zahlen erwarten. Die Tabelle I zeigt uns eher das Umgekehrte: Die Tuberculosesterblichkeit steigt; man hat dies anderorts damit zu erklären gesucht, dass man sagte: es sind in die neuen Bauten eine grosse Zahl von Decrepiden, schon tuberculösen zugeführt worden, deren Aufnahme in Folge der Ueberfüllung sich seither verzögert hatte, kein Wunder, dass diese der Tuberculose in grösserer Anzahl erlagen. Dagegen spricht nun eine andere Tabelle (IV) wenigstens in ihren Grundzahlen, nach welcher gerade in jenen Jahren nicht mehr Kranke in dem ersten und zweiten Jahr ihres Aufenthalts in der Anstalt, sondern vorwiegend solche mit sehr langem Aufenthalt in der Anstalt an Phthise zu Grunde gingen. Ich erblicke demnach in dem Ansteigen der Tuberculosemortalität der Männer seit 94 eine Nachwirkung der unheilvollen, aufs Höchste gestiegenen Ueberfüllung der Anstalt.

Werfen wir auf die für Heppenheim errechneten Zahlen einen Blick, so sind die Verhältnisse hier wesentlich anders. Die Gesammtsterblichkeit schwankt ebenfalls sehr: zwischen 28,82 (1897) und 92,74 (1889); nach 6jährigem Durchschnitt ist sie in den ersten 6 Jahren mit 71,05 am höchsten (grösser als für Hofheim) zeigt aber dann ein stetiges gleichmässiges Sinken bis 39,23 (1895—1900) und beträgt im 24jährigem Durchschnitt 59,47 pMl. der Verpflegten. Die Tuberculosesterblichkeit schwankt auch hier beträchtlich zwischen 1,87 (1896) und 30,03 pMl. (1893), dem 6jährigem Durchschnitt nach steigt sie von 7,75 (1877—1882) auf 19,84 (1883—1888) und sinkt dann ab auf 6,52 (1895—1900) im 24jährigen Durchschnitt beträgt sie 13,32 pMl. Die Gesammtsterblichkeit für Giessen bewegt sich innerhalb der 6 Jahre des Bestehens der Klinik zwischen 37,97 pMl. 1900 und 114,64 (1896) im Durchschnitt 51,45 pMl. Die Tuberculosesterblichkeit zwischen 0 (1899) und 9,43 pMl. (1897), sie betrug durchschnittlich 3,38 pMl. der Verpflegten.

Der früheren Gepflogenheit folgend, zu berechnen wieviel der Gestorbenen an Tuberculose verstarben, — was wie schon früher (*Hagen*) erwähnt und worauf ich später noch einmal ausführlicher eingehen werde, zu ganz falschen Resultaten führen muss — ist in Columne 4, 5 und 6 der Tabelle I ausgerechnet wieviel auf 100 Gestorbene an Tuberculose gestorben sind; die Zahlen sind für Hofheim, Heppenheim und Giessen für die einzelnen Jahre getrennt und in 6jährigem Durchschnitt nebeneinander gestellt. Auch hier begegnen wir beträchtlichen Unterschieden; für Hofheim in 6jährigem Durchschnitt von 21,38 pCt. (1883—1888) bis 33,52 pCt. (1889—1894) im letzten Sexennium 21,54 pCt., der 24jährige Durchschnitt beträgt 25,12 pCt.

Die Werthe für Heppenheim schwanken zwischen 11,46 pCt. (1877—1883) und 30,60 pCt. (1889—1894) in der letzten Periode 16,99 pCt.; der 24jährige Durchschnitt beziffert sich auf 22,4 pCt. der Gestorbenen. Alle diese Zahlen galten für beide Geschlechter zusammen ausgerechnet, es war nun auch von Interesse, zumal andere Bearbeiter Differenzen gefunden haben, zu untersuchen, ob und welche Unterschiede in der Gesammt- und Tuberculosensterblichkeit für beide Geschlechter getrennt in jeder der Anstalten, Hofheim und Heppenheim festzustellen sind. Diesem Zweck dient Tabelle II, sie giebt Auskunft — wieviel Kranke der Männer- resp. Frauenabtheilung in jeder der Anstalten in den einzelnen Jahren und zu 6jährigem Durchschnitt zusammengefasst insgesammt und wieviel an Tuberculose gestorben sind.

Während für die Männer in Hofheim die jährlichen Gesammtsterbeziffern zwischen 39,64 (1893) und 128,79 (1887) schwanken, bewegt sich der 6jährige Durchschnitt nur zwischen 36,89 pMl. (1890=1895) und 81,51 pMl. (1883—1888). Für die Frauenabtheilung sind ähnliche Differenzen vorhanden 27,9 pMl. (1884) bis 113,3 pMl. (1877), 6jährige zwischen 58,12 pMl. (1883—1889) und 66,31 pMl. (1889—1894). Für Heppenheim sind die Verhältnisse ähnlich. Auf der Männerseite jährliche Unterschiede von 25,54 pMl. (1897) bis 110,09 pMl. (1878), im 6jährigen Mittel 39,44 (1895—1900) bis 85,94 (1877—1882); bemerkenswerth ist hier das stete Sinken.

Auf der Heppenheimer Frauenabtheilung schwankt die Gesammtsterblichkeit zwischen 22,14 (1899) und 94,54 (1893);

Jahr	Gesammtsterbeziffern auf 1000 Lebende								Tuberculosesterbeziffer auf 1000 Lebende							
	Hofheim				Heppenheim				Hofheim				Heppenheim			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen	
1877	88,88		113,30		105,50		45,30		35,55		29,55		9,17		12,24	
1878	60,87		53,14		110,09		52,43		—,—		4,83		—,—		3,74	
1879	81,03		67,63		77,55		67,37		17,24		14,49		4,08		16,83	
1880	42,73	70,67	48,88	59,04	96.38	85,94	62,96	57,43	17,09	19,82	17,77	13,34	—,—	6,67	11,11	9,13
1881	70,54		35,11		70,58		38,16		29,04		8,88		15,68		3,81	
1882	80,—		36,19		55,55		78,37		20,—		4,52		11,11		7,09	
1883	74,38		58,29		61,85		58,39		16,52		22,42		10,31		10,95	
1884	97,45		27,90		66,78		42,85		8,47		13,95		17,48		21,48	
1885	68,08		63,92		84,80		81,27		17,02		18,26		14,16		24,73	
1886	71,01	81,51	67,26	58,12	86,80	70,29	55,14	61,94	4,20	11,49	8,97	18,14	27,77	15,20	22,05	24,42
1887	128,79		61,94		59,04		67,02		22,70		22,12		11,07		39,—	
1888	49,38		69,44		62,05		67,02		—,—		23,15		10,41		28,36	
1889	77,58		98,71		92,71		92,78		43,10		36,18		26,49		30,92	
1890	72,96		69,69		52,26		51,28		25,75		30,30		6,96		14,65	
1891	48,24		64,32		67,33		53,76		8,77		20,46		13,46		14,33	
1892	54,05	63,89	56,82	66,31	38,19	55,62	66,66	68,54	18,01	25,52	16,30	21,03	10,41	13,51	21,05	23,06
1893	39,64		61,69		54,98		94,54		8,81		10.28		20,61		40, -	
1894	90,90		50,63		28,30		52,26		48,70		12,66		3,14		17,42	
1895	56,05		86,65		35,97		73,09		22,42		14,05		3,59		16,61	
1896	89,79		37,50		37,73		29,74		30,01		5,—		—,—		3,71	
1897	88,58		39,50		25,54		31,35		21,65		8,32		10,95		3,48	
1898	57,55	74,04	74,15	60,62	50,18	39,44	53,87	38,98	12,58	19,61	10,02	10,64	3.58	5,60	10,10	7,35
1899	75,65		56,39		43,47		22,14		9,86		5,63		11,85		3,43	
1900	76,67		69,56		43,79		23,72		19,57		20,86		3,65		6,77	
24 j. Durchsch.	73,46		63,94		62.02		56,96		19,22		15,30		10,48		16,10	
Männer + Frauen	68,67				59,47				17,25				13,32			

6jährig — zwischen 38,98 (1895—1900) und 68,54 (1889—1894); sie scheint also im Ganzen etwas geringer als für Männer. Nach Spalte III und IV schwankt die jährliche Tuberculosesterbeziffer der Männer in Hofheim zwischen 0 (1879—1888) und 48,7 pMl. (1894), die 6jährige von 11,49 (1883—1888) bis 25,52 (1889—1894), der 24jährige Durchschnitt beträgt 19,22 pMl. Die Frauenseite hat 0 nie erreicht, die niederste jährliche Ziffer 4,52 pCt. (1882) steigt auf 36,18 pMl. (1889) das 6jährige Mittel ist in der letzten Periode 1895—1900 mit 10,64 am geringsten, am höchsten mit 21,03 (1889—1894); der 24jährige Durchschnitt stellt sich mit 15,30 pMl. etwas geringer als für Männer (19,22 pMl.)

Wende ich mich zu Heppenheim so ist die jährliche Tuberculose Sterbeziffer der Männer 3mal: 1878, 1880, 1896 0 gewesen, am höchsten mit 27,77 pMl. (1886). Der höchste 6jährige Durchschnit betrug (1883 bis 1888) 15,20 pMl., der geringste 5,60 pMl. (1895=1900).

Auf der Frauenabtheilung Heppenheim's sind wie in Hofheim gleichfalls in allen Berichtsjahren Tuberculose-Sterbefälle vorgekommen am wenigsten starben mit 3,43 pMl. im Jahre 1899, am meisten mit 40,00 pMl. (1893). Nach 6jährigen Perioden berechnet war die Tuberculose Sterblichkeit mit 24,42 pMl. (1883—1889) am höchsten, am geringsten mit 7,35 pMl. in den letzten 6 Jahren (1894—1900); seit 1883 hat hier nach 6jährigem Durchschnitt ein bedeutender Abfall stattgefunden. Der 24jährige Durchschnitt zeigt für die Männer Heppenheim's eine bedeutend günstigere Tuberculose-Sterbeziffer: (10,48 pMl. Männer — 16,10 pMl. Frauen.)

Berechnen wir für die Geschlechter und Anstalten getrennt wieviel auf 100 der Gesammtgestorbenen an Tuberculose verstarben (Tabelle III), so findet sich im 24jährigen Durchschnitt für Hofheim ein geringes Ueberwiegen der Männer: 26,17 Männer gegen 23,92 Frauen; für Heppenheim im gleichen Durchschnitt, dagegen umgekehrt ein bedeutendes Uebergewicht der Frauentuberculose Sterblichkeit: 16,91 pCt. Männer gegen 28,27 pCt. Frauen, d. h. dasselbe Resultat wie in der vorhergehenden Tabelle. Aus Zweckmässigkeitsgründen gebe ich nun zunächst einige kleine Tabellen, welche m. E. geeignet sind uns manche Erscheinungen der später folgenden Gesammt-Uebersichtstabelle zu erklären. *Hagen*, *Snell*,

Tabelle III.

Kalender bezw. Rechnungsjahr	Hofheim. Von 100 Gestorbenen starben an Tuberculose. Männer			Frauen			Heppenheim. Von 100 Gestorbenen starben an Tuberculose. Männer			Frauen		
	Gestorb.	Tubercul.	pCt.	Gestorb.	Tubercul.	pCt.	Gestorb.	Tubercul.	pCt.	Gestorb.	Tubercul.	pCt.
1877	20	8	40,—	23	6	26,08	23	2	8,69	11	3	27,27
1878	14	—	—,—	11	1	9,09	26	—	—,—	14	1	7,14
1879	19	4	21,—	14	3	21,43	19	1	5,26	20	4	20,—
1880	10	4	40,—	11	4	36,36	24	—	—,—	17	3	17,64
1881	17	7	41,17	8	2	25,—	18	4	22,22	10	1	10,—
1882	20	5	25,—	8	1	12,50	15	3	20,—	22	2	9,09
1883	18	4	22,22	13	5	38,46	18	3	16,66	16	3	18,75
1884	23	2	8,69	6	3	50,—	19	5	26,31	12	6	50,—
1885	16	4	25,—	14	4	28,57	24	4	16,66	23	7	30,48
1886	17	1	5,88	15	2	13,33	25	8	32,—	15	6	40,—
1887	34	6	17,64	14	5	35,71	16	3	18,75	19	11	57,89
1888	12	—	—,—	14	6	42,85	18	3	16,66	19	8	42,10
1889	18	10	55,55	30	11	36,66	28	8	28,57	27	9	33,33
1890	17	6	35,28	23	10	43,48	15	2	13,33	14	5	35,71
1891	11	2	18,18	22	7	31,81	20	4	20,—	15	4	26,66
1892	12	4	33,33	21	6	28,57	11	3	27,27	19	6	31,58
1893	9	2	22,22	24	4	16,66	16	6	37,15	26	11	42,30
1894	28	15	53,57	20	5	25,—	9	1	11,11	15	5	33,33
1895	25	10	40,—	37	6	16,21	10	1	10,—	22	5	22,72
1896	44	15	34,09	15	2	13,33	10	—	—,—	8	1	12,50
1897	45	11	24,44	39	4	10,28	7	3	42,85	9	1	11,11
1898	32	6	21,87	37	5	13,51	14	1	7,14	16	3	18,75
1899	46	7	13,04	30	3	10,—	11	3	27,27	6	1	16,66
1900	47	12	25,53	40	12	30,—	12	1	8,33	7	2	28,57
			26,17			23,92			16,91			28,27

Zinn und *Kalischer* haben gefunden, dass vorwiegend Kranke mit langem Aufenthalt in den Anstalten an Phthise zu Grund gingen, ich habe desshalb berechnet, wieviel Kranke im ersten, im zweiten, dritten Jahr und ferner wieviel nach über 3jährigem Verweilen in den Anstalten Hofheim und Heppenheim an Phthise gestorben sind. Diese Tabelle IV umfasst aber nur das Material von 1894 bis 1901.

Tabelle IV.

Von 137 in den Jahren 1894—1901 in Hofheim und Heppenheim an Tuberculose Gestorbenen starben

	Hofheim	Heppenheim	Zusammen	pCt.	
im ersten Aufenthaltsjahr	11	6	17	12,42	in d. ersten
im zweiten	16	3	19	13,86	3 Jahren
im dritten	8	4	12	8,70	34,98 pCt.
nach dem dritten, durchschnittlich im 13. Jahre	73	16	89	65,02	

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, dass rund $^1/_3$ der an Tuberculose Gestorbenen innerhalb der ersten 3 Jahre, $^2/_3$ nach über drei- durchschnittlich nach 12jährigem Aufenthalt in unseren Anstalten an Tuberculose starben. Nach *Hagen* bestand die Psychose bei 71 pCt., nach *Snell* bei 80 pCt. länger als 3 Jahre.

Wenn wir mit *Niemeyer* die durchschnittliche Dauer der Phthise auf 3 Jahre berechnen, eine Zahl die für die bekanntlich meist sehr rasch verlaufende Phthise bei Geisteskranken noch ziemlich hoch gegriffen sein dürfte, so wäre darnach anzunehmen, dass die innerhalb der 3 ersten Jahre ihres Verweilens in der Anstalt an Tuberculose Gestorbenen, bereits bei ihrer Aufnahme mit Tuberculose behaftet waren; dies würde nach unserer Tabelle ca. für $^1/_3$ gelten, während die nach über 3jährigem Anstaltsaufenthalt Gestorbenen $^2/_3$ ihre Phthise in der Anstalt erworben haben müssten. Auf diese Tabelle habe ich vorher schon einmal Bezug genommen.

Ferner fanden *Equirol*, *Cullerre* und *Snell*, dass besonders Melancholische, Stuporöse und secundär Blödsinnige, *Clouston*,

dass $^2/_3$ der Dementen, *Wulf* dass Idioten doppelt so häufig als andere Geisteskranke an Phthise eingingen. Ich habe desshalb für die seit 1894 an Tuberculose gestorbenen, weil von da ab die ausführlichsten Krankengeschichten existiren, festgestellt, an welchen Formen von Psychosen sie litten. Das Resultat zeigt die folgende Tabelle V.

Tabelle V.

Von 137 in den Jahren 1894—1901 in Hofheim und Heppenheim an Tuberculose Gestorbenen litten an

	Idioite Imbecillität	Dementia praecox	Dementia epileptica	Dementia paralytica	Dementia senilis	Dementia paranoides	Paranoia	Circuläres Irresein	Melancholie
Hofheim	37	43	7	3	4	9	1	3	1
Heppenheim	—	21	—	1	—	2	1	1	3
Zusamm.	37	64	7	4	4	11	2	4	4
in pCt.	27	46,71	5,1	2,92	2,92	8	1,4	2,92	2,92
	Demente Formen 92,66 pCt.						Nicht demente Formen 7,34 pCt.		

In Uebereinstimmung mit früheren Beobachtern ergiebt sich also, dass das Gros der an Tuberculose Gestorbenen auf die Idiotie (Imbecillität) und die Dementia praecox mit zusammen 74 pCt. entfällt; auf die dementen Formen im Ganzen 92,66 pCt., auf die nicht dementen nur 7,34 pCt.

Dass die Erblichkeit zu Tuberculose für diese 137 Kranken keine besondere Rolle spielte, eine Anschauung die jetzt noch ziemlich allgemein getheilt wird — kann man daraus schliessen, dass nur bei 29 d. h. 21,1 pCt. erblich tuberculöse Belastung, bei 50 d. h. 36,5 pCt. keine Belastung nachgewiesen werden konnte, während allerdings für 58 d. i. 42,33 pCt. nach den Aufnahmenzeugnissen keins von beiden erwiesen war. Die nun folgende Tabelle VI ist die interessanteste und instruktivste. Sie giebt uns zunächst eine Uebersicht der Gesammt- und Tuberculosesterblichkeit der 3 einzelnen hessischen Irrenanstalten, getrennt nach Geschlechtern und für beide zusammengefasst, berechnet aus den innerhalb

Tabelle VI.

Gesammtübersicht von 1877—1901.

Irrenanstalt zu	Zahl der Verpflegten		Gesammtgestorbene von 1000 Lebenden				An Tuberculose gestorben von 1000 Lebenden				An Tuberculose starben von 100 Gestorbenen			
				pMl.	Zus.	pMl.		pMl.	Zus.	pMl.		pCt.	Zus.	pCt.
Hofheim 1877—1901	Männer 7541	15 188	Männer 554	73,46	1043	68,67	Männer 145	19,22	262	17,25	Männer 145	26,17	262	25,12
	Frauen 7647		Frauen 489	63,94			Frauen 114	15,30			Frauen 117	23,92		
Heppenheim 1877—1901	Männer 6578	13 284	Männer 408	62,02	790	59,47	Männer 69	10,48	177	13,25	Männer 69	16,91	177	22,40
	Frauen 6706		Frauen 382	56,96			Frauen 108	16,10			Frauen 108	28,27		
Giessen 1896—1901	Männer 738	1477	Männer 48	65,04	76	51,45	Männer 3	4,06	5	3,38	Männer 3	6,25	5	6,58
	Frauen 739		Frauen 28	37,89			Frauen 2	2,70			Frauen 2	7,14		
Hessische Irren-Anstalten	Männer 14 857	29 949	Männer 1010	67,98	1909	63,74	Männer 217	14,60	444	14,82	Männer 217	21,48	444	23,25
	Frauen 15 092		Frauen 899	59,56			Frauen 227	15,04			Frauen 227	25,25		
Geistesgesunde Erwachsene Hessen im Alter v. 15—60 J. 1894—1897						9,5				3,75				39,70

24 Jahren in Hofheim und Heppenheim resp. von 6 Jahren in Giessen Gesammtverpflegten (Verticalcolumne I), Gesammt- (Columne II) und an Tuberculose Gestorbenen (Columne III) in absoluten Zahlen und ausgedrückt in pro Ml. der Lebenden, resp. in pCt. der Gestorbenen. In der 4. Querspalte ist die Gesammtfrequenz, Gesammt- und Tuberculosesterblichkeit der hessischen Irrenanstalten innerhalb der 24 Berichtsjahre verzeichnet. Diese Tabelle ermöglicht also erstens einen Vergleich der für die verschiedenen Anstalten gefundenen Zahlenwerthe. Während die Gesammtmortalität (in Hofheim am höchsten, in Giessen am geringsten, für Männer immer grösser als für Weiber) keine sehr bedeutenden Unterschiede zeigt, weist die Tuberculosemortalität ganz beträchtliche Differenzen auf; sie ist am ungünstigsten für Hofheim mit 17,25 pMl., etwas günstiger mit 13,32 pMl. für Heppenheim, am niedersten mit 3,38 pMl. in Giessen. Diese Unterschiede erklären sich unschwer aus dem Charakter der drei Anstalten; Hofheim fast nur Pflegeanstalt, Heppenheim überwiegend Heilanstalt und Giessen reine Heilanstalt, meist nur Durchgangsstation. Die Verschiedenheit der Zahlen hat nichts Befremdendes, wenn wir uns an der Hand der früher mitgetheilten Tabellen IV und V erinnern, wie sehr die Länge des Anstaltsaufenthaltes und die Form der Psychose die Tuberculosesterblichkeit beeinflussen. Gerade die der Phthise so ausgesetzten Idioten und die praesumtiv unheilbaren (Dementia praecox) und Epileptiker nimmt Heppenheim regulativmässig nicht auf; ferner ist in Betracht zu ziehen, dass Heppenheim verhältnissmässig mehr selbstzahlende Kranke, d. h. solche die den besseren Ständen angehören, beherbergt, in denen nachgewiesenermaassen die Tuberculose nicht so sehr die Sterblichkeit beherrscht als in der Hefe des Volkes.

Fassen wir nun die Sterblichkeit der beiden Geschlechter in's Auge so ist die Gesammtsterblichkeit der Männer in allen 3 Anstalten und natürlich demnach auch für die hessischen Anstalten zusammen höher als die der Frauen: (Männer 67,98 pMl. gegen Frauen 59,56 pMl.)

Etwas anderes ist es mit der Tuberculosemortalität. Während in Hofheim (Männer 19,22 pMl. — Frauen 15,30 pMl.) und Giessen (Männer 4,06 pMl. — Frauen 2,70 pMl.) ein Ueberwiegen auf Seiten der Männer sich findet, ist das Umgekehrte für Heppen-

heim (Männer 10,48 pMl. — Frauen 16,10 pMl.) der Fall. Dieses Plus der Frauen Heppenheims ist so beträchtlich, dass dadurch die Tuberculosesterbeziffer aller hessischen Irrenanstalten (4. Quercolumne) zu einem wenn auch geringen Ungunsten der Frauen beeinflusst wird (Männer 14,60 pMl. — Frauen 15,04 pMl.).

Die ausserordentlich grossen Unterschiede der Tuberculosesterblichkeit der 3 hessischen Anstalten, welche sich, wie oben dargelegt, ungezwungen erklären, haben mich hauptsächlich veranlasst, mich bei meinen Untersuchungen nicht bloss auf eine Anstalt zu beschränken. In anderen z. B. preussischen Statistiken sind auch nur „die preussischen Anstalten“ in toto aufgeführt, es lag deshalb nahe, auch für die hessischen Anstalten den Durchschnitt zu berechnen, um nicht unzutreffende Vergleichsresultate zu bekommen. Dieses Mittel in der 4. Quercolumne gezogen zeigt uns eine Gesammtsterblichkeit der Irrenanstaltsbevölkerung von 63,74 pMl. eine Tuberculosesterblichkeit von 14,82 pMl. der Verpflegten und 23,25 pGt. der Gestorbenen. Die Tuberculose sterblichkeit der Männer beträgt wie schon erwähnt 14,60 pMl. der Verpflegten, 21,40 pCt. der Verstorbenen, die der Frauen 15,04 pMl. der Verpflegten und 25,25 pCt. der Gestorbenen.

Nach *Heimann* starben in den Jahren 1876—1897 in den preussischen Irrenhäusern 12,10 pMl. männliche, 13,10 pMl. weibliche, zusammen 12,40 pMl. der Verpflegten, 14,4 pCt. männliche, 20,4 pCt weibliche, zusammen 16,6 pCt. aller Gestorbenen an Tuberculose. Auch *Zinn* (25) fand für Eberswalde von 1877—1892 bei 10,5 pCt. der verstorbenen Männer und 24,8 pCt. der Frauen Tuberculose als Todesursache. Die höhere Tuberculosesterblichkeit der Frauen bestätigen somit auch diese Zahlen; die Resultate *Heimanns* sind im Ganzen etwas niederer als die für die hessischen Anstalten von mir gefundenen.

Schliesslich war noch von grösstem Interesse ein Vergleich der Gesammtsterblichkeit und Tuberculosesterblichkeit der Irrenanstaltsbevölkerung mit der der gleichalterigen 15—60 jährigen geistesgesunden hessischen Einwohnerschaft. Dass wir nur die letztgenannte mittlere Altersklasse, nicht aber die Gesammtbevölkerung in Vergleich ziehen dürfen, ergiebt sich schon ohne weiteres daraus, dass nur relativ selten jüngere oder ältere Personen als dieser Klasse angehörig in unseren Anstalten verpflegt werden und die

Sterbeverhältnisse des mittleren Alters besonders an Tuberculose wesentlich andere sind als bei der Gesammtbevölkerung aller Altersklassen. Aber selbst mit dieser Beschränkung hat der Vergleich noch seine Bedenken. Die Sterblichkeit in einem Krankenhaus wird nämlich in Folge des Conflues von dem Sterben mehr ausgesetzten Individuen immer ein Vielfaches derjenigen der nicht im Krankenhaus Befindlichen betragen müssen. Entsprechend liegen die Verhältnisse für die Irrenanstalten. Der Geisteskranke ist zum Theil durch seine Psychose (Paralyse, Epilepsie, Senile Demenz) zum Tode mehr disponirt als der Geistesgesunde, stirbt doch nach *Heimann* (l. c.) ein Viertel der Geisteskranken in den Anstalten an der Psychose als solcher oder an einem Gehirnleiden. Auf der anderen Seite begünstigt die Psychose in vielen Fällen die Morbidität und damit auch die Mortalität.

Neuropathisch hochgradig Veranlagte scheinen auch äusseren körperlich krank machenden Schädlichkeiten gegenüber weniger widerstandsfähig, manche Psychosen beeinträchtigen dauernd, manche nur vorübergehend bei Erregungs- oder stuporösen Zuständen die allgemeine Ernährung aufs Schwerste und legen so den Grund zu langwierigem Siechthum oder begünstigen die Entstehung von infectiösen Krankheiten. Bei körperlichen Erkrankungen verhindern oft die Indolenz oder herabgesetzte Schmerzempfindung, besonders bei den Dementen, bei anderen geradezu unsinniges Sträuben die rechtzeitige Erkennung. Die Verständnisslosigkeit der Geisteskranken erschwert oder vereitelt eine zweckmässige Behandlung ihrer körperlichen Leiden. Alle diese Momente überwiegen so bedeutend die in den Anstalten wohl allerorts vorhandenen günstigeren Wohnungs- und ausreichenden Ernährungsverhältnisse, dass die Gesammtsterblichkeit der Irren immer wesentlich höher sein muss als die der Geistesgesunden. Ich hatte nun gehofft, die Gesammtsterbeziffern und besonders die Tuberculosesterbeziffern der 15—60jährigen freien hessischen Bevölkerung von 1877—1901 denen der Irrenanstaltsbevölkerung gegenüberstellen zu können oder wenigstens ungefähr 6jährige Durchschnittszahlen, leider ist es mir aber bis jetzt nicht gelungen, diese zu erhalten. Ich muss mich daher darauf beschränken, die von mir gefundenen Zahlen der Irrenanstaltskranken mit solchen der Geistesgesunden aus dem Zeitraum von 1894—1897 zu ver-

gleichen. Nach *Rahts* (43) betrug in diesen Jahren die Gesammtsterbeziffer (letzte Quercolumne Tab. VI) der erwachsenen hessischen Einwohnerschaft 9,5 pMl., die Tuberculosesterbeziffer 3,75 pMl. auf Lebende berechnet; dagegen starben in den Jahren von 1892—1897 von 100 Gestorbenen 39,7 an Tuberculose.

Da nun die Gesammtsterbeziffer der Irrenanstaltsbevölkerung in den Jahren 1877—1901 63,74 pMl. betrug, die der Geistesgesunden nur 9,5 pMl., starben ca. 6mal mehr Irrenanstaltskranke als gleichaltrige der Aussenbevölkerung. Die Tuberculosesterblichkeit der hessischen Irrenanstaltenskranken betrug in derselben Zeit das 3,95fache derjenigen der Geistesgesunden.

Auf *Heimanns* (30) Angaben berechnet starben von 1892 bis 1897 in den preussischen Irrenanstalten 3,8mal soviel Kranke an Tuberculose als freilebende gleichaltrige Erwachsene; dies bedeutet eine geradezu auffallende Uebereinstimmung mit unseren Zahlen.

Für die einzelnen Anstalten berechnet starben an Tuberculose in der fraglichen Zeit: in Hofheim ca. 4,6mal, in Heppenheim ca. 3,5mal soviel Geisteskranke als erwachsene Geistesgesunde, in Giessen war das Verhältniss fast das gleiche wie bei der freien Bevölkerung.

Verweile ich nun noch einen Augenblick bei der Tuberculosesterblichkeit der beiden Geschlechter, so hatten wir oben gefunden, dass wenn auch im Ganzen weniger Frauen als Männer in den Irrenanstalten starben, doch mehr der ersteren an Tuberculose zu Grunde gingen, einerlei ob auf Verpflegte oder auf Verstorbene berechnet, und dass die Zahlen mit den Resultaten *Heimanns* nahezu übereinstimmten. Ein Vergleich mit der Tuberculosesterblichkeit der gleichaltrigen Geistesgesunden beider Geschlechter für Preussen lehrt nun, dass dort und wohl auch in Hessen die Verhältnisse umgekehrt liegen. Während nah *Rahts* (8) von 1892 bis 1896 aus der Altersklasse 15—60 Jahre 3,2 pMl. Männer und nur 2,53 pMl. Frauen starben, war unser Resultat 14,6 pMl. für Männer und 15,04 pMl. für Frauen. *Heimann* sucht diese Differenz zu Ungunsten der geisteskranken Frauen durch die grössere Zahl von langwierigen in Verblödung übergehenden Psychosen zu erklären. Dass die Frauen leichter verblöden, wird wohl kein

Psychiater bestreiten wollen; auf die grössere Neigung der Frauen zur Verblödung ihre höhere Tuberculosesterblichkeit zurückzuführen, entspricht auch durchaus meinen Anschauungen. — Ich hatte schon bei mehreren Gelegenheiten darauf hingewiesen, dass nur die auf die Lebenden berechnete Tuberculosesterblichkeit uns richtige Werthe geben kann, die Tabelle VI giebt in ihrer letzten Verticalcolumne dafür den schlagendsten Beweis. Während uns nämlich der Vergleich der Tuberculosesterbeziffern der Irrenanstalten mit der der gleichalterigen hessischen Aussenbevölkerung zeigt, dass die Tuberculosemortalität der Anstalten eine bedeutend höhere ist, muss eine Beurtheilung der Tuberculosesterblichkeit, welche die an Tuberculose Gestorbenen auf die Gesammtzahl der Gestorbenen berechnet (Todesursachenstatistik), zum Vergleich nimmt, gerade zu dem umgekehrten Ergebniss führen. Auf die Zahl der Gestorbenen berechnet, wären in den Anstalten 23,25 pCt., in der freien Bevölkerung dagegen 39,7 pCt. an Tuberculose gestorben.

Der Fehler erklärt sich dadurch, dass das Verhältniss der an Tuberculose Gestorbenen zu den Gesammtgestorbenen umso günstiger sich gestalten muss, je grösser die Gesammtsterblichkeit ist, und dass dies Verhältniss viel mehr durch die Gesammtsterblichkeit als durch die Zahl der Tuberculosetodesfälle beeinflusst wird; dies trifft aber gerade für die Irrenanstalten zu, deren Gesammtsterblichkeit ca. 6mal so gross ist als die der freien Bevölkerung.

Das Resultat meiner Untersuchungen fasse ich noch einmal dahin zusammen:

1. In den Grossh. hessischen Irrenanstalten starben von 1877 bis 1901 von 29959 Verpflegten (14857 männliche, 15093 weibliche) 444 (217 Männer, 227 Frauen) an Tuberculose, d. h. 14,82 pMl. der Verpflegten, 23,25 pCt. der Gestorbenen.

2. Die Tuberculose war in den Irrenanstalten in dieser Zeit, also ca. 3,9mal so oft die Todesursache als bei der erwachsenen hessischen Aussenbevölkerung.

3. Es starben in allen hessischen Irrenanstalten in besagtem Zeitraum insgesammt mehr Männer als Frauen, aber mehr Frauen an Tuberculose (Frauen 15,04 pMl. — Männer 14,60 pMl.), die Tuberculose war also für das Absterben der Frauen von etwas grösserer Bedeutung als für das der Männer.

Nachdem ich nun nachgewiesen habe, dass in unseren hessischen Irrenanstalten wie in den preussischen und sächsischen die Tuberculosesterblichkeit immer noch über 3mal so gross ist als bei der gleichaltrigen Aussenbevölkerung, ergiebt sich daraus von selbst die Forderung, dass der Bekämpfung der Tuberculose in den Irrenanstalten bei uns und allgemein mehr Aufmerksamkeit als seither geschenkt werden muss.

Um aber ein Uebel mit Erfolg bekämpfen zu können ist es wünschenswerth und nöthig, dass man zuvor seine Entstehungsbedingungen und Ursachen genau kennt. Ich werde deshalb zunächst noch untersuchen müssen, aus welchen Gründen die Tuberculose in den Irrenanstalten so häufig ist und welche Momente ihr Auftreten begünstigen. In letzterer Beziehung hat man, wie schon mehrfach erwähnt, gefunden, dass die Tuberculose vorwiegend nach langem Anstaltsaufenthalt, bei Melancholikern, Stuporösen, Depressiven oder kurz bei den Formen angeborener und erworbener Demenz auftrat, und weil die Psychose meist früher bestand, hat man ihr viel mehr als den besonderen Verhältnissen, in welche die Anstaltspflege den Kranken bringt, die Schuld gegeben für die Entstehung der Tuberculose. Da man früher nicht wusste, dass die Tuberculose eine Infectionskrankheit ist und demgemäss die Lehre von der Disposition überall eine viel grössere Rolle spielte als jetzt, so half man sich damit, dass man sagte: gewisse Formen setzten eine Disposition zur Phthise. Die im Verlauf vieler Geisteskrankheiten oft hochgradigen und lang anhaltenden Ernährungsstörungen, das Darniederliegen des gesammten Stoffwechsels, die oberflächliche Respiration, die durch langes Bettliegen oder mangelnde Bewegung verminderte Capacität des Brustkorbes, die Stagnation der Secrete und verlangsamte Circulation, lehrte man, sind günstige Momente für die Entstehung der Tuberculose. Und auch heute noch, wo das Ueberwuchern der Bakteriologie die Disposition fast ganz und vielleicht zu viel in den Hintergrund gedrängt hat, müssen wir mit unseren verbesserten Kenntnissen zugeben, dass durch die im Verlauf so vieler Geisteskrankheiten gegebenen Ernährungsstörungen das Haften der Infection mit Tuberculose (die Ansiedlung der Tuberkelbacillen), resp. die Weiterausbreitung nach erfolgter Infection sehr erleichtert wird. Ich möchte also die durch die Psychose geschaffene, erworbene Disposition zur Tuber-

culose wie zu vielen anderen Infectionskrankheiten aufrecht erhalten wissen. Viel grössere Bedeutung kommt indessen der Infection als solcher zu resp. der Exposition. Dass unsere Anstaltskranken der Infection relativ viel häufiger ausgesetzt sind, hat *Cornet* bewiesen, indem er nachwies, dass im Staub der Räume, in denen sich geisteskranke Phthisiker befanden, sehr häufig virulente Tuberkelbacillen vorhanden waren. Die Geisteskranken sind zu ihrer oft vorhandenen erworbenen Disposition noch in erhöhtem Masse der Ansteckungsgefahr ausgesetzt, in erster Linie durch die grössere Verbreitung des Infectionsmaterials in den Anstalten und zweitens dadurch, dass sie letzteres viel leichter in sich aufnehmen. Die Ausstreuung des Infectionsstoffes wird im höchsten Masse dadurch begünstigt, dass besonders die verblödeten tuberculösen Kranken auf den Fussboden, in Taschentücher, Hände oder Kleider spucken, kurzum alle Gegenstände, mit denen sie in Berührung kommen, mit Tuberkelbacillen verunreinigen. Dieser Ausstreuung leistet besonders die schon lange bekannte sogenannte Latenz der Phthise bei Geisteskranken Vorschub, d. h. der Umstand, dass die Erkrankung meist erst spät, nachdem schon lange Auswurf entleert wurde, erkannt wird. Nach *Clouston* (8) wurde die Phthise in der Hälfte der Fälle erst auf dem Obductionstisch festgestellt, bei $^1/_3$ der Männer und $^1/_4$ der Frauen verlief sie latent. Die Gründe der späten Diagnosenstellung liegen theils in den durch die Psychose verdeckten, veränderten Symptomen und Verlauf der Phthise, theils in dem unverständigen Verhalten unserer Kranken bei der Untersuchung. Die Tuberculose ist ferner bekanntlich primär eine fieberlose Krankheit, sie setzt ganz allmählich den Ernährungszustand herab, verursacht Anämie, vermindert etwas das Gewicht, alles Erscheinungen, welche häufig durch die Psychose allein schon bedingt werden. Auch dies erschwert also ihre Feststellung. Die meisten tuberculösen Geisteskranken äussern natürlich auch keine subjectiven Beschwerden, sie husten nur zur Hälfte (Seppilli *Schmidts* Jahrbücher Bd. 188 — 1880), allerdings wieder eine die Ausbreitung der Bacillen hindernde und so angenehme Eigenschaft. Da sie häufig ihren Auswurf schlucken, ist derselbe oft schwer zu erhalten, sie bekommen durch das Schlucken des

Sputums Diarrhöen, anfangs nur vorübergehend, in Folge derselben ist bei Temperaturmessungen oft entweder kein oder nur geringes Fieber vorhanden; das allgemeine Befinden und die Appetenz wird oft nur wenig beeinflusst. Hat man wirklich Verdacht auf Tuberculose, so leistet der Kranke in vielen Fällen Widerstand, oder er kommt uns wenigstens nicht entgegen, athmet nicht richtig, hustet nicht etc. Gerade die latenten Fälle sind aber für uns die schlimmsten, denn sie streuen lange unerkannt Infectionsmaterial aus.

Die Aufnahme der im Staub enthaltenen Bacillen oder die directe Uebertragung derselben wird nun weiter begünstigt dadurch, dass der Geisteskranke, besonders der Verblödete, einer Reihe von Schutzvorrichtungen entbehrt, welche dem Geistesgesunden theils angeboren, theils anerzogen sind und ihn vor Infection bewahren können.

In dieser Beziehung sind besonders Idioten gefährdet durch ihre Sucht, am Boden herumzuhocken, alles Mögliche zu sammeln, Fädchen, Krümmel von der Erde mit den Fingern aufzutupfen, in den Spucknäpfen herumzurühren, ferner durch alles das, was mit dem Sammelnamen Unreinlichkeit bezeichnet wird. Manche Kranke holen Cigarrenstümpfchen aus den Spucknäpfen, um sie zu kauen, andere trinken gar Spucknäpfe von Tuberculösen in Folge von Wahnideen aus oder schmieren sich gegenseitig das Sputum in den Mund, andere lecken es gierig auf, wo sie es erlangen können.

Alle diese Momente: Die erworbene Disposition, in höherem Masse aber die durch die Geisteskrankheit erleichterte Ausstreuung und Verbreitung des Infectionsstoffes, sowie die durch die Demenz vermehrte Aufnahmefähigkeit des infectiösen Materials durch die Kranken erklären hinreichend die grössere Häufigkeit der Tuberculose bei Geisteskranken; mag nun die eigentliche Infection durch Inhalation nach *Cornet*, durch Tröpfcheninfection (*Flügge*), welche durch den engen Verkehr der Kranken sehr erleichtert wird, oder durch Aufnahme von Wunden oder von den Rachen- und Halsorganen aus erfolgen, welch letzteres *Aufrecht* (44) in einer kürzlich veröffentlichten Arbeit für das Wahrscheinlichste erklärt. Für die Verhältnisse des Kindesalters glaube ich ihm beipflichten zu müssen, sehen wir hier doch meistens der Tuberculose der Lungen eine Halsdrüsentuberculose vorausgehen.

Auf dem Psychiatertag in Weimar ist ferner 1891 von *Nötel*, *Zinn*, *Grasbey*, *Kraft-Ebing* und sonst an zahlreichen Stellen von anderen Autoren die Ueberfüllung der Irrenanstalten als ein die Häufigkeit der Tuberculose besonders begünstigendes Moment hingestellt worden, man konnte vielfach direct mit Zahlen ihren schädlichen Einfluss demonstriren; nach meinen vorausgegangenen Darlegungen ist es ohne Weiteres klar, dass enges Aufeinandersitzen der Kranken die Infectionen häufen muss, abgesehen davon, dass durch Ueberfüllung auch die gesammten hygienischen Verhältnisse der Anstalten und ihrer Kranken aufs Schwerste geschädigt werden. Gegenüber dieser grossen Zahl von schädlichen Einflüssen, welche es fast verwunderlich erscheinen lassen, dass nicht noch mehr Geisteskranke der Tuberculose zum Opfer fallen, kommen meiner Ansicht nach Ansteckungen auf andere Weise kaum in Betracht. Früher, ehe man sie zu vermeiden wusste, mögen sie häufiger gewesen sein. Ich denke dabei an Infection durch Nahrungsmittel, besonders die Milch, Butter und Fleisch. Erstere wird schon lange, wenigstens in hiesiger und wohl auch in den meisten anderen Anstalten roh nur als Dickmilch in verhältnissmässig geringen Mengen und nur kurze Zeit im Jahr genossen, sonst nur gehörig durchgekocht, rohes Fleisch wird hier fast gar nicht consumirt, und dann nur von an Ort und Stelle als ganz gesund befundenen Thieren; zudem stellt die hessische Fleischbeschau wohl die strengsten Anforderungen im deutschen Reich.

Das Vorkommen von virulenten Tuberkelbacillen in der Butter ist wohl nicht zu leugnen, aber sicher ausserordentlich überschätzt worden. Gegen die öftere Infection durch Nahrungsmittel spricht ferner der Umstand, dass das ganze Personal, welches stets Nahrungsmittel gleicher Provenienz wie die Kranken consumirt, nicht gerade häufig an Tuberculose erkrankt. Die neueren *Koch*-schen Veröffentlichungen (Tub.-Congress zu London) sprechen auch gegen häufigere Infectionen auf diesem Wege. Wenn man nun als Gegenbeweis für die Grösse der Gefahr, im Irrenhaus Tuberculose zu aquiriren, angeführt hat, dass, wenn es wirklich damit so schlimm stände, auch das Wartpersonal öfter tuberculös werden müsste, so ist dem entgegenzuhalten, dass die Lebensverhältnisse und das Verhalten desselben sich wesentlich von dem der Kranken unterscheidet.

Uebereinstimmend damit beobachten wir auch gerade auf den Abtheilungen, wo sich die verständigeren Kranken befinden, deren Verhältnisse sich denen des Wartepersonals am meisten nähern, auch nur ganz selten Tuberculosefälle, die meisten dagegen auf den Stationen der verblödeten unreinen, siechen Kranken, auf deren Mitwirkung wir weder bei der Erkennung und Behandlung ihrer Krankheit noch zur Prophylaxe irgendwie rechnen dürfen. Gerade bei diesen letzteren ist erfahrungsgemäss auch die Prognose eine absolut schlechte, während wir bei verständigem Entgegenkommen unserer weniger schwer geistig geschädigten Kranken nicht ganz selten Fälle von recht langer Dauer oder gar Heilung zu sehen bekommen.

Nachdem wir nun aber wissen, dass bei noch so ausgesprochener erworbener Disposition, wie sie die Psychose öfters hervorbringt, und noch so zahlreich vorhandenen Disponirten niemals spontan, sondern immer nur durch den Tuberkelbacillus eine Tuberculose entsteht, müssen wir uns bei der Bekämpfung des Uebels nicht so sehr gegen die Disposition, der gegenüber wir leider oft machtlos sind, wenden, als vielmehr gegen die Exposition, welche hauptsächlich dadurch gegeben wird, dass unverständige, als tuberculös nicht erkannte Kranke auf den Abtheilungen das Infectionsmaterial ausstreuen. Wir müssen die Phthisiker, besonders die latenten, ausfindig und dann unschädlich zu machen suchen. Es spitzt sich also Alles auf möglichst frühzeitige Diagnosestellung zu; gelingt uns diese in befriedigender Weise, so leisten wir dadurch zugleich der Therapie und Prophylaxe Vorschub; nur die Frühformen bieten günstige therapeutische Angriffspunkte, diese bringen wir zur Abheilung, die unheilbaren Spätformen machen wir durch Isolirung unschädlich; wir bekommen so unsere allgemeinen Abtheilungen frei von Tuberculose und verhindern Infectionen unserer Nichttuberculösen. Leider mussten wir uns nach der früher mitgetheilten kleinen Tabelle sagen, dass anscheinend $^2/_3$ der an Tuberculose Verstorbenen sich während ihres und durch ihren Anstaltsaufenthalt inficirt hatten. Ganz rein von Tuberculose werden wir freilich nie unsere Anstalten erhalten können, denn der Aufnahme tuberculöser Kranker können wir uns natürlich nicht verschliessen, aber wir müssen uns, worauf besonders *Merklin* aufmerksam gemacht hat, wohl

hüten, dieselben auf die Wacheabtheilung zu bringen, weil dort gerade die am meisten zur Infection Neigenden sich befinden und die Aufmerksamkeit des Personals durch die psychischen Krankheitsäusserungen der ihm Anvertrauten so in Anspruch genommen zu sein pflegt, dass es unreinliche Phthisiker nicht genügend beachten kann.

Für die geistesgesunden Tuberculösen hat *Fränkel* (49) besondere Beobachtungsstationen verlangt, für die der Tuberculose verdächtigen Geisteskranken halte ich diese im Hinblick auf die ungleich schwierigere Diagnosestellung bei den Irren für unbedingt erforderlich und erachte es mit Rücksicht darauf, dass in den gewöhnlichen Wachabtheilungen wegen der Gefahr für die anderen Kranken kein Platz für Tuberculöse ist, als zweckmässig, dass diese Beobachtungsabtheilung auch in einem für die Phthisiker besonders eingerichteten Gebäude — darüber später — untergebracht wird. Der Beobachtung nach einem ganz bestimmten Regime sollen alle die unterzogen werden, welche an länger dauernden Katarrhen mit Neigung zur Wiederholung leiden, besonders wenn ihr Allgemeinbefinden beeinträchtigt ist; ferner die, welche kleine andauernde, durch die Psychose an sich nicht erklärbare Gewichtsverluste aufweisen und dabei anämisch sind; zum dritten besonders Idioten oder Demente, die öfters an Durchfällen ohne vorausgegangene Diätfehler behandelt wurden, langsam abmagern und in ihrem Wesen verändert erscheinen. Viertens die, welche durch häufiges Ausspucken auffallen, ist doch vermehrte Salivation oft ein Zeichen für Hustenreiz und beginnende Phthise.

Wie auch bei geistesgesunden Verdächtigen werden wir unsere Aufmerksamkeit besonders auf das Verhalten des Körpergewichts lenken; es sind, wie schon bemerkt, dauernde kleine, dem Verlauf der Psychose nicht entsprechende Verluste hier wichtiger als bedeutende Schwankungen. Für alle in den Wachabtheilungen und Unreineabtheilungen befindliche Kranke empfiehlt sich deshalb pro stylo wöchentliche Wägung, welche zweckmässiger Weise nach dem Bad vorgenommen werden kann. Die Temperaturmessung wird uns bei diesen zweifelhaften Fällen stets im After die verlässlichsten Resultate geben; Mund- und Achselhöhlenmessung sind zu sehr atmosphärischen Einflüssen unterworfen. 37,8° bis 38° im After gemessen ist verdächtig, ***Meissen*** (48). Dabei werden

wir uns die von *Penzold-Hochstätter* gefundene, in letzter Zeit von *Ott* (47) in einer Arbeit wieder behandelte Erscheinung, dass fieberfrei gewordene Phthisiker nach mässigen körperlichen Anstrengungen, z. B. einem einstündigen Spaziergang, bei Aftermessung richtiges Fieber bis zu 39° zeigen, wohl zu Nutze machen können.

Der bei der Inspection festgestellte Tiefstand einer Clavicula oder des Acromialtheils derselben (*Aufrecht*), das Eingesunkensein gewisser Thoraxparthien, neben ungleicher Ausdehnung derselben bei der Athmung werden uns oft auf den Sitz der Affection aufmerksam machen. Von grösster Bedeutung sind ferner die Ergebnisse der Auskultation und Percussion, ersteren ist grösserer Werth beizumessen, stets werden wir der Thatsache eingedenk bleiben müssen, dass die gesuchten Veränderungen immer hochgradiger sein werden als die gefundenen.

Besonders werden wir zu achten haben auf den Stand der Lungenspitzen, am besten durch Fingerpercussion, hinter dem sitzenden Patienten stehend festzustellen; Abschwächung oder tympanitischer Schall einer Seite wird uns bei gleichzeitig vorhandenen auskultatorischen Phänomen nicht mehr im Unklaren lassen. Feinere Schallunterschiede: Voller- und Tieferwerden des Schalls im Verlauf und am Ende der Inspiration (über normaler Spitze wird der Schall höher und leerer, *Aufrecht*) werden wir ohne verständiges Entgegenkommen des Patienten nur in den seltensten Fällen feststellen können. Hinsichtlich des Athmungsgeräusches sind besonders wichtig: Abschwächung oder Verschärfung oder unbestimmter Charakter desselben ein- oder beiderseits, hauchendes, verlängertes Exspirium, saccadirtes Athmen über einer Spitze, in einer Grube, am Lungenhilus, der Achselhöhle, sind von pathognomonischer Bedeutung, besonders wenn längere Zeit immer an derselben Stelle nachgewiesen. Coincidenz percutorischer und auscultatorischer Befunde sind besonders beweisend. Die zur Begünstigung der Expectoration von *Möller* (50) kürzlich wieder empfohlene Kreuzbinde oder die Darreichung von Jodkali wird bei unseren Kranken nur selten zur Erlangung von Sputum helfen. Zur Untersuchung soll immer nur Morgenauswurf verwandt werden, aus diesem sind die charakteristischen Eiterflöckchen auszusuchen am besten auf schwarzer Unterlage. Zur Concentration

der Tuberkelbacillen empfiehlt sich Durchschütteln des Sputum mit Schrot (*Möller*) oder nach *Biedert*, Kochen mit Natronlauge und folgende Sedimentirung mit der Centrifuge. Nach *Königers* (77) Untersuchungen im hygienischen Institut zu Giessen giebt allerdings die Färbung charakteristischer Sputumtheilchen meist so gute Resultate (ca. 98,5 pCt. positiv), dass die immer ziemlich viel Zeit erfordernden Homogenisirungsmethoden kaum empfohlen werden können. *Möller* (50) hat in letzter Zeit dem sogenannten Anreicherungsverfahren das Wort geredet. Dasselbe gründet sich darauf, dass in dem bei Bruttemperatur stehenden Auswurf mitunter eine Vermehrung der Tuberkelbacillen stattfindet, die nach 48 Stunden aufhört. Das Sputum wird in eine Petrischale gebracht, sodass es in Flöckchen vertheilt liegt, zur Verhütung von Austrocknung wird diese in einer feuchten Kammer bei 37° 48 Stunden im Brutschrank stehen gelassen. Nach 36 Stunden kann man Ausstrich-Präparate fertigen, die Tuberkelbacillen finden sich besonders auf dem unteren Objectträger. Ueber die Färbemethoden will ich kein Wort verlieren. Das von *Levy* und *Bruns* (51) besonders empfohlene Thierexperiment: intraperitoneale oder wegen des häufigen Eingehens der Meerschweinchen an anderen Infectionen besser subcutane Impfung mit verdächtigem Sputum erfordert mindestens 4—6 Wochen Zeit; dies ist für uns viel zu lang.

Ueber die Erfolge der von *Henkel* (52) angegebenen, von *Treupel* (53) befürworteten Probepunction, besonders bei deutlichen und stabilen verdächtigen physikalischen Erscheinungen an den Unterlappen ohne Sputum, mit nachfolgender Färbung des aspirirten Lungengewebssaftes habe ich keine eigene Erfahrung.

Die von *Michaelis* (54) besonders gerühmte Diazoreaction ist nach *Stadelmann* (55) u. A. nicht beweisend für Phthise.

Auch die von *Arloing* und *Courmont* (56) angegebene Serumreaction (Agglutination der Tuberkelbacillen durch Blutserum Tuberculöser) scheint, obwohl sie von den Erfindern aufrecht erhalten wird, nach Mittheilungen von anderer Seite: *Beck* und *Rabinowitsch* (57), *Romberg* (58), *Ficker* (59), *Möller* (50) nicht den ihr zugeschriebenen Werth in diagnostischer Hinsicht zu besitzen.

Es ist selbstverständlich, dass wir niemals uns in ein Symptom verrennen werden, sondern stets aus dem Gesammtbefund unsere Diagnose aufbauen.

So vorzügliche Resultate nun alle diese bewährten Untersuchungsmethoden beim Geistesgesunden ergeben, so häufig werden sie uns aus bekannten Gründen beim Geisteskranken im Stich lassen. Es ist deshalb nöthig, dass wir uns nach weiteren Hülfsmitteln umsehen. Da erscheint uns als Retter in der Noth die viel gelästerte aber auch viel gerühmte Tuberculinprobe. Hat man in diagnostischem Interesse bei zweifelhaften Fällen oder zu therapeutischen Zwecken fast in allen Lungenheilstätten wieder zum Tuberculin gegriffen, so ist dessen Anwendung wenigstens als Diagnosticum in den Irrenanstalten geradezu geboten, denn unsere meisten Fälle sind im Beginn höchst zweifelhaft, und es kommt uns ja hauptsächlich auf die Frühdiagnose an; zu den therapeutischen treten hier als ebenso wichtig prophylactische Erwägungen hinzu.

Die diagnostische und therapeutische Anwendung des alten Tuberculin *(Koch)* wurde nach *Heron* (60) vorwiegend dadurch discreditirt, dass es früher bei ungeeigneten Fällen versucht wurde, dass man zu hohe Dosen gab, zu schnell mit ihnen stieg; dadurch, dass man dem Tuberculin den Vorwurf machte, es propagire die Tuberculose, wurde das Misstrauen von Aerzten, Patienten und Publikum erregt. Nachdem nun aber durch zahlreiche Beobachter die Erfahrungen über seine Verwendbarkeit und Gefahrlosigkeit soweit geklärt sind, dass Missgriffe und Schädigungen mit jeder nur wünschenswerthen Sicherheit vermieden werden können, ist die Anwendung desselben vor der Hand zur Frühdiagnose auch in den Irrenanstalten m. E. im weitesten Masse geboten und gerechtfertigt.

Von Forschern, welche sich für die ausgedehnteste Anwendung der Tuberculinreaction wegen ihrer Sicherheit und Gefahrlosigkeit ausgesprochen haben, führe ich nur an: *B. Fränkel* (46), *Brieger* und *Neufeld* (61), *Treupel* (53), *H. Strauss* (62), *Grasset* und *Wedel* (63), *Spengler*, *Turban*, *Thörner* (64), *Levy-Bruns* (51), *Petruschky* (65 und 66), *Neisser* (67), *Möller* (50), *Mc. Call Anderson* (70), *Williams* (69), *Osler* (68), *Heron* (60), *Krause* (71), *France* (35), *Dönitz* (72).

Fehldiagnosen sollen beim Menschen nach *Koch* und *Petruschky* (66) noch seltener vorkommen als bei Thieren. Nach *Voges* (cit. nach *Cornet*, Die Tuberculose, S. 467) fanden sich bei 7327 durch Section geprüften Impfresultaten hier solche nur in

2,78 pCt. Die Behauptung, dass durch Impfung eine Miliartuberculose entstehe, hat sich, von einigen Ausnahmen vorgeschrittener Tuberculose abgesehen, in einwandsfreier Weise nicht aufrecht erhalten lassen, wie *Bang* durch Massenimpfungen an 52000 Rindern constatirte.

In englischen Irrenanstalten wird nach *France* (36 und 37) die Tuberculinprobe schon längere Zeit mit bestem Erfolg zur Frühdiagnose angewendet, *Starlinger* (74) hat sie in seiner Arbeit auch wieder warm empfohlen; in der hiesigen Anstalt wird sie ebenfalls seit mehreren Monaten geübt.

Was die Ausführung der Injection betrifft, so soll nur das alte Tuberculin *Kochs* verwandt werden, und zwar nur in unzersetztem Zustand, die geringste Trübung der Lösung zeigt ihre Unbrauchbarkeit an; in gewöhnlicher Weise durch Verdünnen mit $^1/_2$ pMl.igem Carbolwasser bereitet hält sich nach *Thörner* (64) nur die 10 pCt.ige Lösung, aus ihr sind durch Verdünnung mit sterilem Wasser durch Tropfenzählung die anderen Lösungen herzustellen. Als Spritze wählt man am besten eine *Pravaz*'sche, mit eingeschliffenem Glas- oder Metallkolben (*Luer*'sche oder *Standard*-Spritze), die man leicht auskochen kann. Gläschen, Spritzen etc. müssen, weil Alkohol des Tuberculin fällt, absolut alkoholfrei sein. Als Injectionsstelle wählt man besten den Rücken, weil hier keine Schwellungen entstehen.

Eine Grundregel ist, nie fiebernde Patienten zu injiciren; die Temperatur der zu prüfenden soll 5—8 Tage vorher 2 stündlich gemessen sein. Ca. 12 Stunden nach der Einspritzung ist gewöhnlich der Beginn der Reaktion zu erwarten (*Möller*), man macht die Injektion desshalb zweckmässig Abends zwischen 7 und 8 Uhr. Als Anfangsdosis wählt man meist ein Zehntelmilligramm. Als Reaktion ist aufzufassen eine Temperatur Steigerung von mindestens 0,5°. War die Reaktion ungenügend, macht man nach 3 Tagen eine neue mit $^2/_{10}$ Milligramm, war bei der ersten gar keine Temperatur Steigerung eingetreten, so nimmt man zur zweiten $^5/_{10}$ Milligramm; so fährt man fort bis 0,01 bei Erwachsenen, bei Kindern oder jüngeren Individuen geht man nur bis $^5/_{10}$ Milligramm. Bei dieser geringen Dosirung treten selten Reaktionen über 38° auf (*Möller*), die Probe ist dabei um so sicherer. Auf höhere Dosen reagiren hie und da auch Gesunde.

Neben der Allgemeinreaktion tritt an oberflächlichen Herden auch eine locale Reaktion auf, bestehend in Rötung und Schwellung der betreffenden Stellen. Um sich zu vergewissern, dass etwaige Temperatursteigerungen nur auf das Tuberculin, nicht auf den Eingriff als solchen, z. B. bei Hysterischem zurückzuführen sind, schaltet man zweckmässigerweise ohne Wissen des Patienten zwischen 2 Tuberculininjektionen eine oder mehrere von sterilem Wasser oder $^1/_2$ pCt. Carbolwasser ein. In einzelnen Fällen dürfte es sich empfehlen, damit zu beginnen, in anderen gönnt man durch Einschieben derselben den Patienten längere Ruhe (*Petruschky*).

„Wenn auf die verschiedene Dosen gar keine Reaktion zu beobachten war, ist es sehr unwahrscheinlich, dass Tuberculose vorliegt, der Wiederholung der Probe in einiger Zeit eventuell mit stärkeren Dosen steht dann nichts im Wege." Noch ist zu bemerken, dass nicht nur frische tuberculöse Erkrankungen auf das Tuberculin reagiren, sondern auch ältere abgekapselte Herde; ob die Tuberculose im Fortschreiten ist wird die Weiter-Beobachtung des Allgemeinbefindens, sowie öftere Lungenuntersuchung ergeben müssen. Oefters werden wir positive Reaction erhalten, ohne dass wir einen Herd sofort nachweisen können, wir müssen dann nach ihm suchen, und daran denken dass gerade, das erste Stadium der Tuberculose der Lymphdrüsen am sichersten durch das Tuberculin nachgewiesen werden kann. Besondere Vorsicht ist noch bei Localerkrankung des Kehlkopfes am Platz wegen zu erwartender Schwellung. „Fehldiagnosen bei der Anwendung des Tuberculin's zur Frühdiagnose sind bei sorgfältiger Handhabung kaum möglich, da die Unterschiede in der Empfindlichkeit zwischen gesunden Personen und solchen, die sich in frühen Stadien der Tuberculose befinden, ganz ausserordentlich gross zu sein pflegen. Das Tuberculin ist daher das sicherste unter allen Mitteln zur Diagnose beginnender Tuberculose des Menschen, die wir bis jetzt haben." (*Petruschky.*)

Ganz von selbst erhebt sich hier nun die weitere Frage: Was fangen wir nun mit den Tuberculösen an? Werfe ich einen Rückblick auf die Literatur so hat wohl zuerst *Cornet* (18), nachdem er nur in der Nähe reinlicher Phthisiker die Abwesenheit von Tuberkelbacillen, und somit deren Ungefährlichkeit für ihre Umgebung nachweisen konnte, in den Räumen unreinlicher, solche

dagegen kaum je vermisste, die Isolirung der Phthisiker in den allgemeinen Krankenhäusern in Vorschlag gebracht. Er ging wohl dabei von der Ansicht aus, dass der Durchschnitts-Phthisiker, wenn er auch im Anfang reinlich und peinlich mit seinem Auswurf umgeht, im Laufe seiner Krankheit zum Theil abgestumpft, zum Theil hülfloser wird, besonders wenn er ans Bett gefesselt ist, und sich so leichter verschmiert, verunreinigt, ins Taschentuch und auf den Boden spuckt und dadurch seine Umgebung gefährdet. *Kalischer* (23) hat dann 1890 *Cornets* Lehren auf die Irrenanstalten übertragen und in richtiger Erkenntniss, dass der Geisteskranke infolge der ihm innewohnenden Unreinlichkeit seine Mitkranken in erhöhtem Maasse der Ansteckungsgefahr aussetzt, zuerst energisch die strengste Isolirung der Geistesgestörten Phthisiker verlangt und weitgehende Vorsichtsmassregeln empfohlen. Die durch humane psychiatrische Bedenken erzeugten Forderungen *Nötel's* (l. c.): „Die Tuberculösen sind von anderen Kranken für die Nacht und jedenfalls im Zustand der Bettlägerigkeit zu trennen" bedeuten dagegen einen Rückschritt. *Merklin* (l. c.) befürwortet ein individualisirendes Vorgehen für die seltenen Fälle, wo man es noch mit Verständigen, reinlichen Kranken zu thun hat, eventuell Aufenthalt auf den allgemeinen Abtheilungen für das Gros; der verständnisslosen Phthisiker dagegen strengsten Abschluss! *Siemens* (29) ist vermuthlich gleicher Ansicht. In England haben in neuerer Zeit *France* (33, 35, 37) in mehrfachen Arbeiten und *Gemmel* (36) kürzlich wieder strenge Isolirung der phthisischen Irren unter Umständen in besonderen Central-Anstalten gemeinsam für eine grössere Anzahl von Irrenhäusern gefordert. In Amerika hat *Braken* (37) und *Harrington* (38) dasselbe Verlangen begründet. Nachdem nun kürzlich wieder *Schaper* die Unterbringung der Geistesgesunden Tuberculösen in besonderen Sälen der Charité angestrebt hat — meines Erachtens mit vollstem Recht — können sich die Irrenärzte der Forderung: „alle Tuberculösen Irren, müssen in besonders für sie eingerichteten Abtheilungen untergebracht und dort isolirt werden" nicht mehr entziehen. Humane Rücksichten auf den einzelnen müssen gegenüber dem Allgemeinwohl zurücktreten.

Die soeben geäusserte Forderung könnte indess gerade durch das Tuberculin wieder eine Einschränkung erfahren. Wir werden

nämlich voraussichtlich durch die Tuberculinprobe eine Menge von Frühformen der Tuberculose zu Gesicht bekommen, solche im I. Stadium, der Drüsentuberculose oder im II.: der Tuberculose der Gewebe, (Lungen Pleura etc.) ohne Fieber, ohne Auswurf und Husten. Diese Fälle latenter Tuberculose sind ja nicht infektiös, könnte man sagen, zum Theil arbeitsfähig, sollen auch diese isolirt werden? Ich antworte mit ja und zwar nicht sowohl im Interesse der anderen Kranken als vielmehr in ihrem eigenen. Denn sie, die Frühformen sind ja gerade den Bestrebungen der Therapie am zugänglichsten, wir müssen, um mit *Fränkel* zu reden „verhüten, dass diese tuberculösen schwindsüchtig werden“ und dazu bedarf es eines ganz bestimmten Heilregimes, das wieder nur in einer dafür eingerichteten Abtheilung gehandhabt werden kann. Dass die im III. Stadium, dem des Gewebszerfalls, der Mischinfektion, der Cavernen sich befindenden, die eigentlichen Phthisiker, die „Schwindsüchtigen“ sowie die Bettlägerigen im Interesse der nicht tuberculösen Irren, und des ärztlichen wie des Dienstpersonals strengster Isolirung bedürfen, dafür ist meiner Ansicht nach keine weitere Begründung mehr nötig. Noch gefährlicher als durch das direkte Anspucken mit ihrem, oft die Bacillen sozusagen in Reinkultur enthaltenden Auswurfe, — denn das wird sofort bemerkt, — können solche tuberculöse Kranke durch die Tröpfcheninfektion werden, wenn sie besonders im Affekt ihren Speichel, dem Sputum Theilchen beigemengt sind, verstäuben. Wem öfters Speicheltröpfchen tabakkauender Kranker ins Auge gespritzt sind, der wird die Gefahr der Tröpfchen-Infection nicht ableugnen.

Die Thatsache, das erstens die Behandlung der heilbaren Tuberculösen am besten unter ad hoc zugeschnittenen Verhältnissen vorgenommen werden kann, dass zweitens die Pflege der unheilbaren eine Menge von besonderen, später näher zu besprechenden Vorsichtsmaassregeln erheischt, deren Durchführung und Ueberwachung auf den allgemeinen Abtheilungen selbst bei äusserster Inanspruchnahme geschulten Personals kaum möglich ist, begründet genügend, — abgesehen von dem Umstand, dass die Tuberculose für die Irrenanstalten ohne Zweifel die wichtigste Infektionskrankheit ist, — die Forderung besonderer Tuberculose-Häuser, wenigstens

für die grösseren Irrenanstalten. Die Errichtung von Central-Anstalten ausschliesslich für tuberculöse Geisteskranke halte ich mit Rücksicht auf das Aerzte- und Dienstpersonal für weniger wünschenswerth als dass in jeder Anstalt ein kleiner Pavillon für beide Geschlechter mit Trennung in der Mitte, oder in grösseren je ein Pavillon für Männer- und Frauenabtheilung vorgesehen wird. Es ist nicht ausgeschlossen als Adnex dieses Gebäudes besondere Räume (1 Zimmer mit Abort, Wärterzimmer, Bad und Garderobe, Geräthekammer) für die weniger häufigen andren Infektionskrankheiten anzubringen. Bezüglich der Frage für wieviele Tuberculöse ist Raum zu schaffen, müssen wir daran denken, dass in den nächsten Jahren durch die Tuberculin-Probe voraussichtlich sich die Zahl der geisteskranken Tuberculösen als viel höher herausstellen wird als wir nach *Niemeyer's* Berechnung annehmen müssen. Die Durchschnittsdauer der Phthise zu 3 Jahren gerechnet giebt uns die 3fache Tuberculose Sterbeziffer (für die hessischen Anstalten 3×14,82 pMl.) die Zahl der augenblicklich in der Anstalt lebenden Phthisiker im engeren Sinn. Dazu müssten wir also noch die durch das Tuberculin diagnosticirten latenten Fälle rechnen. Wie gross der Procentsatz dieser letzteren ist, muss erst die weitere Erfahrung lehren. Die Zahl der Gesammtbefunde (Tuberculose als Todesursache und als Nebenbefund) von Tuberculose in den Leichen kann uns kein Bild der Tuberculose-morbidität der Anstalt geben, denn der Gesammtbefund kann uns nur sagen, dass der betreffende Mensch einmal in seinem Leben ausserhalb oder innerhalb der Anstalt an Tuberculose gelitten hat. Aus den freilich nur die augenfälligen Befunde notirenden Obduktionsprotokollen habe ich für die 25 Berichtsjahre im Durchschnitt bei 45 pCt. der Leichen (die an Tuberculose Gestorbenen eingerechnet) tuberculöse Befunde konstatiren können. Wenn diese Zahl auch mit den Angaben *Bollinger's* (40—50 pCt.) aus dem pathologischen Institut in München gut übereinstimmt, scheint sie mir doch im Vergleich zu den Angaben *Clouston's* (l. c.), der bei den Leichen Irrer Tuberculose doppelt so oft fand als bei den Geistesgesunden — zu niedrig. *Bugge* hat nach *Meissen* (48) ausschliesslich der klinischen Tuberculose in 65 pCt. der Leichen Tuberculose nachgewiesen, das würde freilich besagen, dass fast jeder Culturmensch ein bischen tuberculös ist.

Mit Rücksicht auf die latent Tuberculösen, deren Heilung für uns von grösster Bedeutung ist, will ich nochmals hervorheben, soll man die Grösse des für Tuberculöse bestimmten Gebäudes nicht zu gering bemessen. Schätzungsweis wird Raum für 6—7 pCt. des Bestandes wohl genügen. Den Aufenthalt in diesem Haus kann man den Kranken so angenehm gestalten, dass sie sich nach anderen Abtheilungen nicht sehnen. Es ist für sie eine besondere Bibliothek vorzusehen, hinreichend Zeitungen, die besseren kann man Blumen und Vögel pflegen lassen, die Kostform wird schon aus therapeutischen Erwägungen eine bessere sein als auf den anderen Abtheilungen, für die verständigeren können besondere Zimmer leicht vorgesehen werden.

Ueber die Therapie verbietet mir der Raum mich näher auszulassen, es ist einleuchtend, dass das ganze phthisiatrische Regime: Freiluft- Liege- und Mastkur neben den hydrotherapeutischen Methoden in Anwendung gezogen werden soll. Bezüglich der Tuberculin-Behandlung möchte ich bemerken, dass noch kein bindendes Urtheil zu fällen ist, es scheint dass die durch das Tuberculin diagnosticirten Fälle mit demselben auch geheilt werden können. Durch frühzeitige Behandlung der chirurgischen Tuberculose werden wir in manchen Fällen Dauerheilung erzielen, in anderen wenigstens den Ausbruch der Tuberculose innerer Organe hinausschieben.

Das Tuberculose-Haus müsste genau genommen, da es für alle Arten psychisch Kranker Unterkunft bieten soll eine vollständige Irrenanstalt im Kleinen dartellen. Ich glaube aber und die Erfahrung hat mich dies gelehrt, dass man ohne Mühe fast allen Anforderungen gerecht werden kann, wenn mindestens folgende Räume vorhanden sind.

1. Ein Beobachtungszimmer.
2. Ein Wachsaal (Tag- und Schlafraum gemeinsam) für die unruhigen, mit Excrementen und Sputum unreinlichen, bettlägerig Kranken („Schwindsüchtige“).
3. Ein Aufenthalts- und Schlafsaal (getrennt) für die ruhigen und reinlicheren Tuberculösen.
4. Eine nicht zu geringe Anzahl von Einzelzimmern (Zellen) für die extrem lauten und unreinlichen.
5. Ein Aerztezimmer.
6. Mehrere von den Krankenräumen getrennte Pflegerzimmer.

7. Die nöthigen Wirthschafts- und Nebenräume.

Wünschenswerth sind ausserdem einige bessere Einzelzimmer für verständigere tuberculöse Kranke besserer Stände. Wenn man nur über die angeführten Räumlichkeiten zu verfügen hat, wird man durch planmässige Anwendung der Bettbehandlung, welche ja auch aus anderen Gründen für derartige Kranke indicirt ist, und durch Dauerbäder die fehlenden übrigen Einrichtungen ersetzen können. Ich bin oft erstaunt gewesen, wie sich unverträgliche, unreinliche, unruhige tuberculöse Kranke unter meinen Augen durch den Einfluss der Bettruhe in relativ sociale umwandelten, allerdings bin ich bei solchen Fällen auch vor Anwendung von Narcoticis nicht zurückgeschreckt und kann dies im Gegensatz zu den Anhängern der arzneilosen Behandlung allen bestens empfehlen.

Was nun den Betrieb dieser Abtheilung betrifft, so soll der ärztliche Dienst einem Arzt unterstellt sein, ein Wechsel soll möglichst selten eintreten.

Das Personal soll möglichst aus den intelligentesten Leuten ausgewählt, ärztlich genau untersucht, ganz gesund und frei von erblicher tuberculöser Belastung sein. Es soll nicht öfter als alle 3 Monate wechseln, um möglichst genaue Durchführung der besonderen Massregeln zu garantiren. Es muss im Unterricht ganz besonders vorgebildet, mit dem Allgemeinwissenswerthen über die Tuberculose, ihre Ansteckungsfähigkeit und die Mittel diese zu verhindern bekannt gemacht und so der Phthisesphobie vorgebeugt werden. Die Desinfektionsmaassregeln, die Vorsichtsmaassregeln im Betrieb sind genau mit ihm durchzusprechen.

Die Wärter sollen in den Krankenräumen nichts essen, vor jedem Essen sich sorgfältig reinigen, wenn die Kleider durch Kranke beschmutzt wurden sich umziehen. Im Verkehr mit den Kranken, besonders den bettlägerigen unreinlichen sowie bei der Arbeit sollen vom Personal besondere weisse Schutzmäntel getragen werden, die mindestens wöchentlich zu wechseln sind. Beim Bettmachen empfiehlt sich das vor die Nase-Binden von feuchten Schwämmen. Die Wärter sollen mit den Kranken möglichst wenig verkehren, sich nicht von ihnen anhusten lassen. Alle Arbeiten auf der Abtheilung sollen ausschliesslich vom Wartepersonal vorgenommen werden, Kranke sind besonders aus den Spülküchen zu verbannen.

Die Fussböden sind immer feucht, am besten mit Lysollösung

aufzunehmen, nie zu kehren, die Putzlumpen bleiben in der Geräthekammer bis zum nächsten Gebrauch in Lysolwasser stehen, auch das Abwischen der Möbel und Betten soll nur mit feuchten Tüchern erfolgen, die nach dem Gebrauch ebenfalls in Lysol einzuweichen, wenn unbrauchbar, zu verbrennen sind. Kleidungsstücke, Möbel u. s. w. sind nie im geschlossenen Raum, immer im Freien zu reinigen, darauf möglichst lang der Sonne oder der Luft auszusetzen. Die Aborte und Nachtstühle sind öfters feucht abzuwaschen, ebenso die Thürklinken, wo vorhanden. Alle Monat findet eine gründliche Reinigung der Krankenräume statt, Abseifen oder Lysolabwaschung der Wände bis in Greifhöhe, der Bettstellen und Bettbretter. Die Bett- und Leibwäsche der Kranken wird alle 8 Tage gewechselt, wenn sie verunreinigt ist sofort. Die Kranken sollen waschbare Kleider tragen, die wenigstens monatlich zur Wäsche gegeben werden. Jeder Kranke erhält wenigstens wöchentlich ein Seifenbad, Haar und Bart wird kurz gehalten, wöchentlich wird gewogen.

Jeder Kranke hat eignes Waschzeug, die Waschschüssel ist jedesmal gründlich zu reinigen, besonders sorgfältig nach beendeter Toilette; jeder Kranke hat ein Nachttischchen neben sich, auf demselben steht ausser seinem Wasserglas, für die, welche Gebrauch davon machen, ein Handspucknapf aus Email mit verschliessbarem trichterförmigen Deckel, sodass kein anderer daraus trinken kann; sie sind zum Theil mit Wasser zu füllen und sind mehrmals am Tage zu entleeren. Das Sputum wird in die Kanalisation geschüttet, die Spucknäpfe in einem Metallbehälter in dem durch Dampfzuleitung Wasser zum Kochen gebracht wird, täglich desinficirt. Auch Niederdruckdampfheizung genügt hierzu bei 12 bis 15 Minuten Einwirkung, da nach *Cornet* der Tuberkelbacillus schon bei 70—80° in wenigen Minuten zu Grund geht. Hochdruckheizung verdient der Sicherheit wegen aber den Vorzug. Auch die Essgeschirre, Löffel sollen in einem anderen Kessel jedesmal ausgekocht, dann gründlich gereinigt werden.

Die Kranken sind anzuhalten ihren Auswurf in die feststehenden und die Handspucknäpfe zu entleeren, nie in Taschentücher auf Bett oder Fussboden zu spucken; mit ihrem Auswurf besonders unreine Kranke sind vom Personal sofort dem Arzt zu melden. Sputum auf ungehörige Stelle entleert, ist sofort mit Watte feucht

aufzunehmen. Zu empfehlen ist ein Versuch mit Taschentüchern aus japanischem Papier (es wird sich aber schwerlich bei uns einbürgern). Im Sommer sind reichlich Fliegenfänger aufzustellen.

Die Wäsche und alle Kleidungsstücke der Tuberculösen sind besonders gezeichnet, dürfen nicht nach andren Abtheilungen gegeben werden. Jedesmal nach Abnahme sind sie in ein feuchtes Tuch einzuschlagen, 48 Stunden im Keller in ein 1 % Lysolbad zu legen, dann erst zur übrigen Wäsche zu geben. Wäsche und Kleidungsstücke der Tuberculösen dürfen nur in der für sie bestimmten Garderobe untergebracht und aufbewahrt werden.

Beim Todesfall sind folgende Bestimmungen zu beachten. Die Leiche wird in ein feuchtes Lysoltuch eingeschlagen weggebracht. Das Einzelzimmer, in dem gewöhnlich der Kranke die letzten Lebenstage verbracht hat, wird zunächst mit Formalin desinficirt, nachdem die Fenster genau geschlossen, die Thürritzen von aussen gedichtet und die Thüre mit einem Bettuch überhängt ist. Die Matratzentheile werden vorher, um den Formalindämpfen möglichst den Zutritt zu gestatten, aufgestellt; das Bettuch und die Decke darüber gehängt. Der Verdampfungsapparat Aesculap wird für 1 Zelle von 50 cbm mit 120 Scheringschen Formalinpastillen beschickt. Das Zimmer bleibt einen Tag der Einwirkung der Formalindämpfe überlassen. Die Bett- und Leibwäsche des Verstorbenen wird dann weiter behandelt wie sonst. Rosshaarmatratze und Strohmatratze nebst Bettteppichen werden in feuchten Tüchern nach dem Desinfectionsofen gebracht und desinficirt. Die Bettstelle wird mit Lysol abgewaschen, ebenso die Wände soweit man reichen kann und zuletzt der Fussboden erst mit Lysol, dann mit Schmierseife. Die Kleider werden wie die Wäsche behandelt.

Besondere Sorgfalt ist noch der Beobachtungsstation zuzuwenden, damit Infektionen auch hier ausgeschlossen werden können. Wie schon erwähnt, soll für diese ein besonderes Bad, Abort und Garderobe vorhanden sein, ferner ist nöthig Extra-Essgeschirr. Nicht als tuberculös erkannte Kranke erhalten nach abgeschlossener Beobachtung ein gründliches Seifenbad, Haar und Bart sind gehörig zu reinigen, dann empfangen sie neue Wäsche und Kleider von einer der allgemeinen Abtheilungen und werden sofort weggebracht.

Alle diese soeben besprochenen Vorsichtsmassregeln werden nach dem Vorgang *Merklins* am besten zu einer „besonderen

Dienstanweisung für die Abtheilungen für ansteckende Krankheiten" zusammengefasst, dem Personal in die Hand gegeben und in dem Unterricht bis ins Einzelne mit ihm durchgesprochen.

Ferner empfiehlt sich die Schaffung besonderer Desinfektionskolonnen (1 Oberwärtergehilfe und ungefähr 4 Wärter), welche in allen vorkommenden Fällen nach einer extra festzustellenden Desinfektionsordnung die Desinfektionen vorzunehmen haben. In meinen Ausführungen über die bauliche Anlage, die innere Einrichtung und den Betrieb des Tuberculose-Hauses befinde ich mich, wenn unsere Ansichten in Bezug auf Nebensächliches auch auseinandergehen, der Hauptsache nach in erfreulicher Uebereinstimmung mit *Starlinger* in seiner schon citirten Arbeit „Tuberculose und Irrenpflege" (74).

Die genaue Durchführung der von mir vorgeschlagenen Maassregeln erfordert natürlich wieder einen, wenn auch geringen Mehraufwand von Personal, ist also wie auch die Errichtung des besonderen Gebäudes für Tuberculöse in letzter Linie eine Geldfrage. Ferner stellt sie an die ärztliche Thätigkeit neue beträchtliche Anforderungen, aber diesen werden wir Aerzte uns gern unterziehen, wenn uns — und dies hoffe ich bestimmt — auf der anderen Seite der Erfolg winkt, unsere allgemeinen Abtheilungen Tuberculose-frei zu halten und wir so des unheimlichen und verantwortungsvollen Gefühls überhoben sind, dass immer wieder Hausinfektionen vorkommen, deren Häufigkeit bei dem seitherigen Verfahren nicht zu bezweifeln ist und für welche die Anstalten die Verantwortung trifft. Nur dann werden wir ferner die Gepflogenheit aufrecht erhalten können, das Gros unseres Wartpersonals auf den allgemeinen Abtheilungen mit den Kranken zusammen schlafen zu lassen.

Das königlich sächsische Ministerium des Innern hat durch Erlass vom 26. September 1900 im Anschluss an das im Kaiserlichen Gesundheitsamte bearbeitete Tuberculose-Merkblatt erneut auf die Bekämpfung der Tuberculose hingewiesen.

Das preussische Ministerium für die Medicinal-Angelegenheiten hat sich durch Erlass von Juli 1901 veranlasst gesehen, die früher schon gestreiften Bestimmungen des Erlasses vom 10. Dezember 1890 „erneut in Erinnerung zu bringen und namentlich zu ersuchen, a u f d i e U n t e r b r i n g u n g d e r t u b e r c u l ö s e n K r a n k e n i n g e t r e n n t e n A b t h e i l u n g e n d e r K r a n k e n h ä u s e r h i n z u w i r k e n,

wenn die Errichtung besonderer Anstalten für solche Kranke nicht ausführbar ist." Der Erlass ähnlicher Bestimmungen auch für unsere Hessischen allgemeinen Krankenhäuser und besonders die Irrenanstalten wäre mit Freude zu begrüssen.

Ich habe mich seither fast nur mit der Prophylaxe der Infektion beschäftigt, weil sie mir von der allergrössten Bedeutung scheint, die Prophylaxe der Disposition, deren Wichtigheit ich ausdrücklich anerkannt habe, darf aber auch nicht vernachlässigt werden. In der Beziehung sind allerdings im letzten Jahrzehnt fast in allen Irrenanstalten besonders hinsichtlich der Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse bedeutende Fortschritte zu verzeichnen. Es ist zu sorgen für ungehemmten Zutritt von Luft und Licht, welche beide zugleich antibacteriell wirken, ferner für reichlichen Aufenthalt und Bewegung der Geisteskranken in freier Luft, ausgiebige Beschäftigung im Freien, soweit es der Zustand der Kranken irgend zulässt; als eine der wichtigsten Hilfsursachen ist die Ueberfüllung zu verhüten. Haben wir alles dies befolgt, so dürfen wir, glaube ich, hoffen, dass die Tuberculosemorbidität und -Mortalität in unseren Irrenanstalten bald noch weiter zurückgeht. Bei der Errichtung von neuen Anstalten muss den gestellten Forderungen in weitestem Maass Rechnung getragen werden.

Der allgemeinen Anerkennung und Einführung dieser Forderungen stehen zunächst, wie ich wohl weiss, nicht nur Rücksichten auf den Kostenpunkt im Wege, ich hege aber die Zuversicht, dass sobald erst einmal die Lehre von der Ansteckungsgefahr der Tuberculose bis in das Volk durchgesickert ist, die vox populi gebieterisch die Einführung strengster prophylaktischer Maassnahmen auch für die Irrenanstalten verlangen wird.

Literatur.

1. *Esquirol*, Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Bearbeitet von Hille. Leipzig 1827. S. 86.
2. *Georget*, De la folie.
3. *Burrows*, Commentar über die Ursachen, Gestalt, Symptome und moralische wie medicinische Behandlung des Wahnsinns. Aus dem Englischen. Weimar 1831. S. 259.
4. *Ellis*, Traité de l'aliénation mentale, trad. p. Archambault. Paris 1840. S. 366.
5. *Jacobi*, Annalen der Irrenanstalt zu Siegburg. Bd. I. Cöln 1837. S. 26.

6. *Fischer*, Pathologisch-anatomische Befunde in Leichen von Geisteskranken. Luzern 1854. S. 12.
7. *Workmann*, Ref. Annal. med. psych. 1864. Sér. IV. T. III. S. 113.
8. *Clouston*, Ref. Annal. med. psych. 1864. S. 317.
9. *Buri*, Ueber das Verhältniss der Tuberculose zu den Geisteskrankheiten. Basel. Dissert. 1886.
10. *Griesinger*, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861.
11. *Dagonet*, Traité des malad. mentales. 1862.
12. *Cullerre*, Contribution à l'étude de la Tuberculose chez les aliénés. Annal. méd. psych. 1876. S. 161.
13. *Hagen*, Lungenschwindsucht und psychische Krankheiten. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 7. S. 253.
14. *Hagen*, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. 1876. S. 245.
15. *Schröder van der Kolk*, Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. S. 206.
16. *Snell*, Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. S. 166.
17. *Fränkel*, Zur Statistik der Tuberculose bei Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47. S. 697.
18. *Cornet*, Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers. Zeitsch. f. Hygiene. Bd. 5.
19. *Cornet*, Die Prophylaxe der Tuberculose. Berl. klin. Wochensch. 1889. S. 309.
20. *Grashey*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48. S. 1175.
21. *Nötel*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 49. S. 465 und 599.
22. *Wulf*, Bemerkungen über das Vorkommen von Tuberculose in den Idiotenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 49. S. 529.
23. *Kalischer*, Ueber Verbreitung und Verhütung der Tuberculose in Irrenanstalten. Zeitschr. f. med. Beamte. 1890. S. 250ff.
24. *Guttstadt*, Die Irrenanstalten im preussischen Staate in den Jahren 1877 bis 1879. LVIII. 1882.
25. *Zinn*, Statistische Mittheilungen aus der Landes-Irrenanstalt Eberswalde. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50. S. 1014.
26. *Merklin*, Zur Prophylaxe der Tuberculose in Irrenanstalten. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 52. S. 806.
27. *Cornet*, Prophylaxe der Tuberculose in den Irrenanstalten. Berl. Klin. Wochenschr. 1895. No. 20.
28. *Krayatch*, Jahrb. f. Psych. 1895. S. 355.
29. *Siemens*, Die Bedeutung des Berliner Tuberculose-Congresses 1899 für die Irrenanstalten. Psych. Wochenschr. 1899. S. 157.
30. *Heimann*, Todesursachen der Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57. S. 520.
31. *Brehm*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54. 1898. S. 378.



32. *Braken*, Management of the Tuberculous Insane. Journ. of the American Medic. Association 1897. No. 8. Ref. Jahresber. f. Psych. und Neur. 1898. S. 1293.

33. *France*, Eric. Tuberculosis in the Insane; its Prophylaxis. Journ. of ment. science. Oct. 1897. Ref. Jahresber. f. Psych. 1897. S. 1183.

34. *Van Deventer und Benders*, De Tuberculose te Merenberg. Psych. en neurol. Bladen 4. Dec. 447. Ref. Jahresber. f. Psych. 1899. S. 1094.

35. *France*, The Prevention of Phthisis in the Insane. Arch. of Neurol. 1899. Ref. Jahresber. f. Psych. 1899. S. 1227.

36. *Gemmel*, Isolation Hospitals for consumption in the Insane. The Glasgow med. Journ. Vol. 53. H. 3. Ref. Jahresber. f. Psych. 1900.

37. *France*, *Eric*, Abstract of a paper on the necessity for isolating the phthisical insane. Journ. of mental science. Vol. 46. No. 192. Jan. Ref. Jahresber. f. Psych. 1901.

38. *Harrington*, Separate Provisions for tuberculous patients in State Hospitals for the insane. Americ. Journ. of Ins. Vol. 57. (Litteratber. der Allg. Zeitschr. 1900. S. 87.)

39. *Frankhauser*, *E.*, Ueber das Vorkommen der Tuberculose in der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt. (Jahresber. Friedmatt 1900.)

40. *Geill*. Ref. in neurolog. Centralblatt. 1891. S. 473.

41. *Finegan*, Journ. of ment. science. 1895. Ref. in Annal. med. psych. 1898 II. S. 132.

42. *Allen*, Phthisis among the insane. Ref. in neurol. Centralblatt. 1897. S. 1117.

43. *Rahts*, Untersuchungen über die Häufigkeit der Sterbefälle an Lungenschwindsucht. Arb. aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt. Bd. 14. S. 8 und 17.

44. *Aufrecht*, Lungentuberculose und Heilstätten. Berl. Klin. Wochenschr. 1901. No. 42 und 43.

45. *B. Fränkel*, Berl. Klin. Wochenschr. 1901. S. 961.

46. *B. Fränkel*, Berl. Klin. Wochenschr. 1900. No. 12 und 18. Tuberculin und Frühdiagnose der Tuberculose.

47. *Ott*, München. med. Wochenschr. 1901. No. 50. Ist die bei Phthisikern nach leichten Körperanstrengungen auftretende Temperatursteigerung als Fieber zu betrachten?

48. *Meissen*, Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. Wiesbaden 1901. S. 219.

49. *B. Fränkel*, Bemerkungen zur Prophylaxe der Tuberculose und Isolirung der Phthisiker. Berl. Klin. Wochenschr. 1901. No. 38.

50. *Möller*, Zur Frühdiagnose der Tuberculose. München. med. Wochenschr. 1901. S. 1999.

51. *Levy und H. Bruns*, Frühdiagnose der Lungentuberculose. Dtsch. med. Wochenschr. 1900. No. 9.

52. *Henkel*, Beitrag zur Frühdiagnose der Lungentuberculose. München. med. Wochenschr. 1900. S. 419.
53. *Treupel*, Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über die Tuberculose, speciell die der Lungen. München. med. Wochenschr. 1900. S. 822.
54. *Michaelis*, Berl. Klin. Wochenschr. 1901. S. 709.
55. *Stadelmann*, Berl. Klin. Wochenschr. 1901. S. 821.
56. *Asloing und Courmont*, Berl. Klin. Wochenschr. 1901. S. 496.
57. *Beck und Rabinowitsch*, München. med. Wochenschr. 1901. S. 471.
58. *Romberg*, München. med. Wochenschr. 1901. S. 849.
59. *Ficker*, München. med. Wochenschr. 1901. S. 1358.
60. *Heron*, München. med. Wochensch. 1901. S. 1333.
61. *Brieger und Neufeld*, Dtsch. med. Wochenschr. 1900. No. 6.
62. *H. Strauss*, Ueber die Wege zur Frühdiagnose der Lungentuberculose. Berl. Klin. Wochenschr. 1900. S. 544.
63. *Grasset und Wedel*, Dtsch. med. Wochenschr. 1899. S. 229.
64. *Thörner*, Tuberculin und Tuberculose. Gesundheit. Jahrg. XXVI. 1901. No. 1.
65. *Petruschky*, München. med. Wochenschr. 1901. S. 1767.
66. *Petruschky*, Vorträge zur Tuberculose-Bekämpfung. Leipzig 1900. S. 95 ff.
67. *Neisser*, Therapie der Gegenwart. 1900. Januarheft S. 29.
68. *Osler*, München. med. Wochenschr. 1901. S. 1333.
69. *Williams*, München. med. Wochenschr. 1901. S. 1333.
70. *MacCall Anderson*, München. med. Wochenschr. 1901. S. 1333.
71. *Krause*, München. med. Wochenschr. 1901. No. 40.
72. *Dönitz*, Berl. Klin. Wochenschr. 1900. S. 391.
73. *Cornet*, Die Tuberculose. Berlin, Wien 1899. (Nothnagels Sammlung.) S. 467.
74. *Starlinger*, Psych. Wochenschr. 1901. No. 38 und 39. Tuberculose und Irrenpflege.
75. *Goetsch*, Ueber die Behandlung der Lungentuberculose mit Tuberculin. Dtsch. med. Wochenschr. Juni 1901.
76. *Frieser*, Zur Frage der Desinfection und Desodorisation von Wohnräumen. Medico No. 27. 1901.
77. *Königer*, Auszug aus dem Bericht über die Thätigkeit der Sputumuntersuchungsstelle beim hygienischen Institut der Landes-Universität Giessen im Jahre 1901. Correspondenblatt d. ärztl. Ver. des Grossherzogthums Hessen. 1902. No. 3. S. 47.

Zur Lehre von den acuten hallucinatorischen Psychosen.

Von

Dr. **A. Pobledin.**[1])

Die Frage nach den acuten Formen der psychischen Erkrankungen gehört bis jetzt zu den am meisten verwickelten, so z. B. die Frage der acuten hallucinatorischen Paranoia. Den Anstoss zur Erforschung dieser Form hat die Mittheilung von *Snell* gegeben, die derselbe auf dem Psychiatrischen Congress in Hannover 1865 gehalten hatte. In dieser Mittheilung hat *Snell* zuerst vorgeschlagen, in eine selbständige Gruppe der psychischen Krankheiten diejenigen Formen zu sondern, wo primär die intellectuelle Sphäre im Gegensatze zur Lehre der alten Schule angegriffen ist, nach welcher alle Psychosen immer mit den Veränderungen der Stimmung und des Gefühls anfangen. Auf diese Weise entstand die Lehre von der primären Verrücktheit = Paranoia chronica.

Westphal und nachher noch andere Autoren haben später die Beobachtung von *Snell* bestätigt, machten aber die Bemerkung, dass auch die primäre Verrücktheit nicht immer gleich verlaufe, dass diese oft in Heilung übergehe, und fingen an, verschiedene Formen von Paranoia zu unterscheiden, unter Anderen auch die acute hallucinatorische = paranoia hallucinatoria acuta. Zu der letzten Gruppe gehörten alle Fälle der psychischen Erkrankungen

---

[1]) Vortrag, gehalten in der medicinischen Gesellschaft an der Warschauer Universität.

mit schnellem Verlaufe, massenhaften Sinnestäuschungen und Wahnideen, Incohärenz und Verwirrtheit. Die Arbeiten von *Merklin, Fritzsch, Meynert* und Anderen lenkten die Aufmerksamkeit auf den Umstand, dass die Erkrankungen, bei welchen die Verwirrtheit als Hauptsymptom hervortritt, die Sonderung in eine specielle Form verdienen. Dieses war auch der Grund, der Veranlassung gab aus dem Gebiete des acuten hallucinatorischen Wahnsinns diejenige Form der psychischen Erkrankungen auszusondern, die unter dem Namen der Amentia Meynerti allgemein anerkannt worden ist. —

Die Anschauungen dieser Autoren wurden auch von anderen, wie *Wille, Schüle, Kräpelin, Korsakow, Kowalewski* und *Krafft-Ebing* angenommen. Es waren aber auch solche Autoren, die sämmtliche acuten hallucinatorischen Psychosen in eine Gruppe zusammengefasst haben, so z. B. *Ziehen* und *Greco* — in die der acuten hallucinatorischen Paranoia, oder wie *Kowalewski* und theilweise auch *Meynert* — zu der Amentia, je nachdem ein Jeder der Autoren diese oder jene Form als selbstständige betrachtete. Es entstand in Folge dessen eine nicht geringe Unordnung, da dieselbe Form der psychischen Erkrankung einige der Autoren für acute hallucinatorische Paranoia, andere wieder für Amentia hielten. Die Aufgabe meiner Arbeit besteht in dem Versuche, aufzuklären, welche von den acuten hallucinatorischen Formen zur Gruppe Paranoia und welche zur Gruppe Amentia gehören.

Bevor ich aber zur Analyse dieser Formen herantrete, erlaube ich mir im Kurzen daran zu erinnern, was wir jetzt unter Terminen Paranoia und Amentia verstehen. Paranoia ist eine psychische Krankheit, die gewöhnlich erblich belastete Individuen befällt, welche oft vor der Krankheit verschiedene Sonderbarkeiten und Anomalien des Charakters zeigten. Die Krankheit besteht darin, dass — bei einem mehr oder weniger erhaltenen Bewusstsein — bei dem Kranken primäre Wahnideen entstehen, die Tendenz haben, sich untereinander nach den logischen Gesetzen zu verbinden und ein zusammenhängendes System von Wahnideen zu bilden. Es können hier ausser Wahnideen auch verschiedenartige Sinnestäuschungen vorkommen. Ausserdem kann man bei den Paranoikern ein sonderbares Verhalten des Bewusstseins zur eigenen Persönlichkeit bemerken. Die Persönlichkeit wird nämlich zum Centrum,

um welches herum Alles in der Welt geschieht. Die Fähigkeit der Kritik von Allem, was nicht zum Wahne gehört, ist längere Zeit erhalten. Die Krankheit dauert verschieden. Der gewöhnliche Ausgang ist die Dementia secundaria.

Unter dem Namen der Amentia verstehen wir eine psychische Krankheit, die gewöhnlich erschöpfte Individuen befällt, z. B. nach einer Infectionskrankheit, in der puerperalen Periode, nach anstrengender Arbeit und so weiter. Die Krankheit besteht darin, dass hier primär eine Incohärenz und Verwirrtheit bei einer mehr oder weniger starken Bewusstseinsstörung entsteht. Es wird dadurch unmöglich, sich in der Umgebung und in den eigenen Empfindungen zu orientiren. Es können dabei auch Wahnideen vorhanden sein, die aber nicht systematisirt sind, wie Zerfahrenheit, verschiedenartigste Hallucinationen und Illusionen. Ausserdem kann man während der Krankheit kaleidoskopische Veränderungen der Stimmung wahrnehmen, welche gewöhnlich gar nicht motivirt sind. Der gewöhnliche Ausgang ist Genesung.

Bei sorgfältiger Untersuchung der hallucinatorischen Formen kann man sich überzeugen, dass einzelne gänzlich zum Schema der Paranoia, andere wieder gänzlich zum Schema der Amentia gehören. Es muss aber bemerkt werden, dass die klinische Beobachtung der Kranken nicht genügend ist und dass ohne den Beistand des Kranken selbst diese Differentiation nicht festgestellt werden kann. So z. B. im Falle eines hallucinatorischen Stupors stellt das Krankheitsbild eine vollständige tabula rasa dar, auf der man Alles zeichnen kann, was man will, das wird aber nicht die Grenzen der Vermuthung und der Phantasie des Beobachters überschreiten. Ganz anders geschieht es im Falle, wo der Kranke nach der überstandenen Krankheit oder in einem lucidum intervallum uns selbst erzählt, was er in der Krankheit durchgemacht hat; dann haben wir ein mehr zuverlässiges Material, das wir einer psycho-physiologischen Analyse unterwerfen können, und hier, besonders wenn wir es mit einem intelligenten Kranken zu thun haben, sind wir im Stande, in die Einzelheiten und in die Nuancen seines geistigen Zustandes einzugehen und auf diese Weise ein mehr begründetes Urtheil über den Charakter seiner psychischen Störung zu fällen. Nicht immer darf man den Kranken vertrauen, das ist wahr, es kommt vor, dass die Kranken ganz einfach verschiedene

Geschichten ausdenken, die sie als Wahnideen oder Sinnestäuschungen erklären, oder es kann auch vorkommen, dass die Kranken zu phantasiren beginnen und allmählich sich selbst durch eigene Phantasie fortreissen lassen und nicht nur selbst an die Objectivität derselben glauben, aber auch Andere daran zu glauben zu zwingen suchen. Es ist aber leicht, bei einem aufmerksamen Vorgehen derartigen Missgriffen auszuweichen, destomehr, als mit dem Ausdenken der Wahnideen und Sinnestäuschungen sich nur fast ausschliesslich hysterische Personen und Simulanten beschäftigen und es nur den Dementen eigen ist, Phantasie für Wirklichkeit zu nehmen.

Wenn ich nun zur Beschreibung der Krankheitsgeschichten übergehe, so muss ich bemerken, dass ich die am meisten überzeugenden Formen aus meinen Beobachtungen herangezogen habe, und dass dieselben möglichst kurz verfasst sind.

I. Fall. H., 40 Jahre alt, Wittwer, erblich schwer belastet: Grossvater, Vater und Onkel litten an psychischen Krankheiten. Der Kranke leidet an der periodischen hallucinatorischen Psychose und seine Krankheit wurde im Jahre 1894 von *Dr. Rychlinski* als Paranoia hallucinatoria periodica beschrieben. In den Pausen zwischen den Anfällen stellt sich der Kranke als ganz normales Subject vor. Da nun jeder Anfall als eine acut verlaufende Krankheitsform angenommen werden kann, so erlaube ich mir, seine Krankheitsgeschichte anzuführen, destomehr, als dieser Kranke ungeheuer klar und deutlich seinen eigenen psychischen Zustand während der Anfälle beschreibt. Der Kranke wurde in einer Realschule erzogen, hat aber nur vier Klassen beendigt, und später war er als Buchhalter beschäftigt. Von Natur wissbegierig, las er auch viel und mit Verständniss, so dass, als ich ihn in dem Krankenhause Johannis a Deo kennen gelernt und beobachtet habe, er auf mich den Eindruck eines ganz intelligenten Menschen machte. Die ersten Krankheitserscheinungen traten im 16. Lebensalter auf. Die Krankheit erschien plötzlich, dauerte nur einige Tage und hat sich in einer Masse von Sinnestäuschungen gekennzeichnet.

Es schien dem Kranken, dass er in einem Sarge sei, der auf einem Katafalke stand; zu gleicher Zeit aber war er seiner selbst so bewusst, dass, um sich selbst von seinen Empfindungen zu überzeugen, er seinen Verwandten die Frage stellte, ob sie auch diesen Sarg gesehen haben. Mit der Zeit fingen die Anfälle an öfters zu erscheinen, dauerten von 7 Tagen bis zu 4 Monaten, und deswegen ist der Kranke in verschiedenen Krankenhäusern des In- und Auslandes gewesen.

Mitunter sass er auch im Gefängnisse, wenn er für einen Vagabunden angesehen worden war! In den intervalla lucida erinnerte sich der Kranke an alles während der Anfälle Ueberlebte und brachte dies schriftlich darnieder. Es ist mir hier an dieser Stelle nicht möglich, alle diese Be-

schreibungen anzuführen — es giebt deren viele Bände —; ich will nur diejenigen hervorheben, die zu meinen persönlichen Beobachtungen gehören. Ein paar Tage vor dem Anfalle unter ganz normalem geistigen Zustande erschien das Prodroma der Krankheit. Der Kranke hörte zu arbeiten auf — sonst war er immer mit Lesen und Zeichnen beschäftigt —, wurde aufgeregt, manchmal übermässig heiter und flott, manchmal sehr erregbar, verlor den Appetit und Schlaf. Dann trat der Anfall ein und der Kranke veränderte sich mit einem Male. Hörte auf, Eindrücke von der Aussenwelt zu empfangen, lässt Fragen unbeantwortet, oder giebt unpassende, sinnlose Antworten und ist entweder ganz stupide oder im Gegentheile aufgeregt, tanzt umher, schreit und so weiter. Einmal hat er während einiger Tage militärische Märsche gesungen, Commandoworte gerufen, ist gelaufen, hat Jemanden auf's Ziel genommen u. s. w. Auf Fragen giebt er entweder keine Antworten, oder er antwortet mit Schimpfworten, oder schreit: „schweigen!“ — Nachdem der Anfall vorüber war, beschrieb der Kranke seinen Zustand folgendermassen: „Dieses Mal stellte sich in meinem Geiste mit einer besonderen Hartnäckigkeit und wunderbaren Klarheit eine ganze Kriegsgeschichte dar. Ich sah ganze Regimenter die Brücke bei der Citadelle im Sturm nehmen, dieselbe in die Luft sprengen und die Citadelle erobern, und auch jetzt, sowie zuvor, begann ich gleich alles das Gesehene mit meiner eigenen Person zu verbinden. In meinem Hirne tauchte die Idee auf, dass diese Regimenter polnische Regimenter wären, ich selbst sei Kósciuszko und so trat ich denn auch in meine Rolle und commandirte, schrie, schoss und so weiter. In derselben Zeit sah ich auf der Weichsel unsere Kriegsflotte, deren Schlacht mit dem Feinde, Brand auf derselben... —“ „Ein anderes Mal schien es mir, dass es keine Welt gebe, ich sah nur ein Chaos, durch welches ich als heiliger Geist mit einer sonderbaren Leichtigkeit schwebte, und in welchem ich zur Unmöglichkeit phantasirte, wie aus diesem Chaos sich die Gestirne, die Erde, die Seen herauscrystallisiren werden.“ „Ich kann mich erinnern, in einem grossen Theater gewesen zu sein, wo ein Ballett getanzt wurde, ich habe Tausende von Weibern gesehen, die sich in einem wilden Tanze unter der Begleitung einer ungewöhnlichen Musik drehten, und es schien mir, dass ich nicht H., sondern ein Prinz sei, zu dessen Ehre diese ganze Vorstellung gegeben wurde...“ — Nicht immer hatten die Trugwahrnehmungen dieses Kranken einen so grossartigen und angenehmen Charakter, wie es folgende Worte beweisen: „Einmal schien es mir, dass ich zur Zeit der französischen Revolution lebe, dass ich zur Guillotine verurtheilt wäre, und war von kaltem Schweisse bedeckt, die Qualen eines Verurtheilten überlebend; ich sah ganz deutlich die Guillotine, den Henker und den Pöbel, der sich zu diesem Schauspiele versammelt hatte.“ Den verschiedenen Eindrücken entsprechend änderten sich des Kranken Gesichtsausdruck und Bewegung: manchmal war er majestätisch, dann verlegen, traurig und hilflos, dann wieder kriegerisch gestimmt u. s. w. In allen diesen Zuständen hat der

Kranke das Bewusstsein doch nie verloren. Er fährt fort, die Umgebung richtig zu verstehen, was aus seinen folgenden Worten ersichtlich ist: „Ich habe immer Alles, was um mich geschah, verstanden; ich habe Sie, den Professor und die Studenten erkannt; ich konnte mich jedoch nicht von meinen Phantasiebildern trennen; Ihre Fragen ärgerten mich, und ich liess sie entweder unbeantwortet oder beantwortete sie so, wie diejenige Person, für die ich mich im gegebenen Augenblicke hielt, antworten musste...“ — Diese Auszüge genügen, wie ich denke, um diejenigen psychischen Processe, die der Kranke während seiner Anfälle durchlebte, beurtheilen zu können. —

II. Fall. M., Subject mit schwerer erblicher Belastung. Sein Vater starb im Hospital Johannes a Deo (eine Irrenanstalt in Warschau). Seine Mutter litt an Schwindsucht, ein Bruder geisteskrank. Der Patient, 23 Jahre alt, besuchte das Gymnasium, hat den Cursus aber nicht beendigt, diente später als Eisenbahnbeamter. Zum ersten Male erkrankte er am 19. Juli 1897, am Vortage seiner Hochzeit... Als hervorrufendes Moment kann man hier die Ermüdung annehmen, weil der Kranke, um mehr Geld zu verdienen, Extraarbeiten nach Hause nahm und in der Nacht arbeitete. Die Krankheit entstand plötzlich und entwickelte sich rasch. Am Morgen des 19. Juli erklärte der Kranke, dass er ins Bureau nicht gehen werde, weil er sich unwohl fühle. Darnach — laut den Worten des Bruders — fing er an, im Zimmer herumzugehen, war stark aufgeregt, verweigerte Fragen zu beantworten, fing an zu beten und erzählte, er habe in der Nacht die Mutter Gottes gesehen. Gegen Abend wurde er sehr unruhig, erklärte sich für einen Millionär, gab Befehl, das Haus eines reichen Bankiers für ihn und seine Frau anzukaufen. Nach einer stark unruhigen Nacht (der Kranke schlief erst um 3 Uhr nachts ein) stand der Kranke um 10 Uhr auf, wusch sich, kleidete sich an und ging aus, nachdem er von seinem Bruder Abschied genommen hatte. Gegen 7 Uhr abends jedoch wurde er von einem Polizeibeamten nach Hause gebracht, der erklärte, dass der Kranke von der Polizei verhaftet worden sei, da er in einem öffentlichen Garten sich auf die Kniee gestellt und Kirchenlieder gesungen habe. Auf der Polizei gab er seinen Namen und Adresse ganz richtig an. Die ganze Zeit seiner Krankheit, d. h. bis zum 2. September, war er zu Hause, und während meiner Besuche fand ich ihn am öftesten in einem stupiden Zustande. Dabei war der Stupor entschieden hallucinatorischer Herkunft. Oft war der Kranke in einem Zustande der Extase, er segnete Jemanden, lächelte oder sein Gesicht verfinsterte sich. Manchmal ging dieser Zustand in Erregung über. Der Kranke lief im Zimmer herum, sprach fortwährend abgerissene Phrasen. Fragen beantwortete er sinnlos. Es kamen aber auch helle Pausen vor, in welchen der Kranke den Bruder, so wie nicht erkannte Personen um Cigaretten bat u. s. w., um später wieder in einen stupiden Zustand zu verfallen. Gegen Ende der Krankheit fingen diese hellen Pausen an öfter zu erscheinen. Die Dauer derselben wurde

anhaltender, der Schlaf besser, das Bewusstsein heller und am 2. September konnte der Kranke das Haus schon verlassen. Der Kranke beschreibt seinen Zustand auf folgende Weise: „Ein paar Tage vor meiner Krankheit fühlte ich am Abend eine Schwere im Kopfe, als ob in demselben ein fremder Körper wäre, ich legte jedoch auf diesen Umstand keine Aufmerksamkeit, obwohl diese Sensation ausserst lästig war und mich bei der Arbeit störte. Am 18. Juli, am Vortage meiner Erkrankung, hatte ich mit der Mutter meiner Braut eine sehr unangenehme Unterhaltung; ich war sehr aufgeregt und in Folge dessen schlaflos. Die ganze Nacht quälte ich mich ohne Schlaf, und zu gleicher Zeit verfolgte mich eine trübe Vorahnung meiner Krankheit. Meine Gedanken konnte ich nicht ordnen. Es war mir schwer, mich dessen zu erinnern, was ich in den letzten Tagen gemacht hatte, dann ärgerte mich das Schnarchen meines Bruders, der im Nebenzimmer schlief, stark. Allmählich, ich weiss nicht warum, hörte ich auf, ihn für meinen Bruder zu halten, es schien mir, dass an seiner Stelle ein Fremder sei. In seinem Schnarchen fing ich an, verschiedene an mich adressirte Worte zu hören, so z. B. hörte ich ganz genau meinen Namen und Vornamen. Endlich fing ich an, meinen Bruder für den heiligen Wladislaus, der mich zu sich rufe, zu halten; zu gleicher Zeit aber war ich dessen bewusst, dass dieses undenkbar sei, sodass wie ein Blitz die Idee, dass ich verrückt werde, mein Hirn durchzuckte. Ich stand auf, weckte meinen Bruder und sagte ihm, dass ich mich schlecht fühle, verhehlte aber meine Furcht vor einer Geisteskrankheit. Ich kann mich dessen entsinnen, dass ich schon auf dem Wege in den öffentlichen Garten Kapuzinermönchen und weissgekleideten Mädchen begegnete, konnte jedoch nicht begreifen, wohin und warum sie gingen, umsomehr, als es kein Feiertag war. Im Garten war ich dessen völlig bewusst, dass das ein Garten sei, zugleich aber schienen mir die Bäume unglaublich gross, und ihre Form nahm eine tropische Gestalt an. Allmählich kam ich zur Ueberzeugung, dass ich mich in einem heiligen Haine in Italien befinde. Das Gemenge, das sich auf der Hauptallee bewegte, schien mir eine Procession zu sein, ich sah Fahnen, Mönche mit langen Bärten, und endlich fing ich an mich für den Gründer eines neuen Ordens der Prediger-Mönche zu halten, nun schien es, dass die Menge ein Wort von mir erwarte, und dass ich ein zweiter Savonarola sei. — Mir schien es, dass ich einen langen schwarzen Bart trage, wie ich ihn bei den Mönchen sah. Ich hörte ganz deutlich das Te Deum, und es schien mir, dass ich das Lied selbst mitsang. . . .“ „Auf der Polizei wusste ich jedoch, dass ich von einem Polizeiinspector befragt werde, zugleich hielt ich aber den Inspector sammt den Polizisten für Pilatus und Soldaten und mich selbst für den Heiland. Ich kann mich wohl Ihrer sämmtlichen Visiten erinnern, entsinne mich aller Ihrer Fragen, konnte dieselben aber nicht beantworten, weil sie mich stets ärgerten. Mich ärgerte, dass Sie, wie auch mein Bruder, mich für einen gewöhnlichen Sterblichen hielten, ich jedoch wünschte, dass man mich für

den ansehe, für welchen ich mich während meiner Krankheit gehalten habe. Ausserdem schien es mir, dass ich fasten müsse, dass ich ein Heiliger sei, Sie aber zwangen mich zum Essen, und dann hielt ich Sie für den Teufel und die Sonde für eine Maschine, die dazu diene, um in meinen Magen heisses Pech zu giessen. Diese sonderbare Neigung, Alles anders zu erklären, Alles mit meiner eigenen Person zu verbinden, dauerte sehr lange. . .“ „Als mir schon besser wurde und Sie mit meinem Bruder sich über Etwas halblaut unterhielten, konnte ich nicht von den Gedanken frei werden, dass sie Anarchisten seien, ich jedoch der Präsident der französischen Republik, gegen welchen Sie conspirirten und so weiter.“ „Obwohl ich meine ganze Umgebung gleich nach dem Gesichte und dem Namen erkannte, konnte ich doch nicht mit meinen Gedanken zurecht kommen, welche, meinem Willen zum Trotze, immer trügerisch waren.“ Bis zur Mitte November war der Kranke schon ganz gesund und besuchte regelmässig seinen Dienst, war aber die ganze Zeit unter dem Eindrucke dessen, dass aus seiner Hochzeit nichts geworden war. Am 18. November erkrankte er zum zweiten Male und wieder an einer hallucinatorischen Form mit vorübergehenden Tobanfällen. Sein Zustand besserte sich nicht, und vor zwei Jahren starb er in Tworki an Phthisis florida. —

Ich will noch einen Fall kurz anführen, in welchem der Kranke nach einem stupiden Zustande erklärte, er habe unübersehbare Wiesen gesehen, auf welchen Heerden von Vieh und Kameelen weideten. Dieses Alles gehörte ihm, sich selbst hielt er für Abraham oder für einen der jüdischen Könige.

III. Fall. Der Kranke, 22 Jahre alt, Commis. Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Keine Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie. In der Kindheit litt der Patient an den Pocken, und vor Jahren hat er eine schwere Malaria durchgemacht, in Folge welcher er seine Stelle verloren hat und materiell heruntergekommen ist. Der Kranke ist mittleren Wuchses, schwach genährt und anämisch. Innere Organe normal, die Zunge trocken und mit Rinde belegt, so wie es bei Typhus der Fall ist, Pupillen stark erweitert, Reaction unverändert, Hautreflexe normal, Kniereflexe stark erhöht. — Es ist unmöglich, die Sensibilität zu untersuchen, weil der Kranke nicht im Stande ist, richtige Antworten auf an ihn gestellte Fragen zu geben. Das Bewusstsein von Zeit, Ort und Person (Selbstbewusstsein) verschwommen. Sich selbst nennt der Kranke einmal: „Johannes“, ein anderes Mal „Jude“. Das Krankenhaus hält er für ein Gefängniss oder für eine Synagoge, die Kranken für Juden oder Teufel. Wahrnehmungsthätigkeit ist stark abgestumpft: den Thürschlüssel hält er für einen Revolver, den Arzt nimmt er für seinen Bekannten, einen gewissen Schmidt an, nachher für den Antichrist. Dann spricht er wieder Wahnideen aus, die ganz sinnlos und abgerissen sind, z. B., dass man ihn mit einer Stecknadel steche, dass man ihm die Augen ausgebrannt habe, mit einem Worte

hallucinirt fortwährend; droht Jemandem mit der Faust, zeigt die Zunge, dann wieder grüsst er Jemanden, zeigt mit dem Finger auf die Wand und ruft: „da ist er“ u. s. w. Associationen sehr incohärent und verwischt. Der Kranke spricht fortwährend, aber ohne Sinn, z. B. ruft er: „Wer sind Sie? Ein Jude? Sind Sie Schmidt? Sie Strossmeier! Ich schreie nicht Geld in der Tasche! Wo bin ich? Das ist ein Teufel, Teufel, Teufel! Das ist ein Hase, Hase, Hase!“ und so weiter. Ab und zu lässt sich ein stupider Zustand bemerken, in welchem der Kranke ruhig wird, still ist, auf Stecknadelstiche nicht reagirt und Urin unter sich lässt. In zwei, drei oder vier Tagen geht dieser Zustand in einen der Aufregung über. Seine Stimmung ändert sich fortwährend. So ist der Kranke bald lustig, bald finster, bald ganz einfach apathisch, wobei nicht herauszufinden ist, was diese Stimmungsveränderungen bewirkt. Es kommen auch lucida intervalla vor, in denen der Kranke zu trinken bittet, raucht, dann aber tritt wieder eine Bewusstseinstrübung ein. Die Krankheit dauerte fünf Monate, der Kranke wurde als genesen entlassen. Seinen Zustand beschreibt er folgendermassen: „Ich arbeitete als Commis in einer Kurzwaarenhandlung in Lublin. Vor einem Jahre erkrankte ich an Malaria und verlor infolgedessen meine Stelle. Als mir besser wurde, fuhr ich nach Warschau, in der Hoffnung, dort eine Stelle zu bekommen. So lange ich noch Geld hatte, lebte ich noch einigermassen, aber als ich endlich ganz mittellos wurde, war ich gezwungen, Alles, was ich hatte, zu versetzen, hungerte manchmal wochenlang, ass nur Brot und trank Thee und — obwohl ich Verwandte in Warschau hatte, erlaubte mir meine Eigenliebe jedoch nicht, sie um Unterstützung zu bitten; ausserdem litt ich moralisch, so oft ich an meine Zukunft dachte, und daran, wie es mir im Leben nicht gehe. Ich bin überzeugt, dass dieses Alles die Ursache meiner Erkrankung gewesen ist.“ — „Meine Krankheit begann allmählich und zwar schon im März. Ins Krankenhaus wurde ich im Mai gebracht. Ich hatte oft Kopfschmerzen und bemerkte eine gewisse geistige Stumpfheit, das Denken war mir schwer. Ich wohnte in der Vorstadt Praga, ging oft in den öffentlichen Park, wo, wie man erzählt, ich auch erkrankte; dessen kann ich mich jedoch nicht entsinnen. Zwei Tage wohnte ich bei meiner Tante; auch dieses Factes kann ich mich nicht erinnern. Was aber meinen Aufenthalt im Krankenhause anbetrifft, so kann ich mir nicht erklären, dass ich dort fünf Monate gelebt habe. Mir scheint es, dass ich lange geschlafen habe und jetzt erwacht bin; mein Zustand scheint mir ein Traum zu sein. Ich kann mich entsinnen, verschiedene schreckliche Figuren gesehen zu haben, wie z. B. Teufel, Drachen, lächerliche Fratzen, ein Kindergeschrei, thierähnliches Geheul gehört zu haben u. s. w. Ihrer — sowohl wie meiner Nachbarn — Besuche kann ich mich nicht erinnern. Ich begann Sie erst zu Ende der Krankheit zu erkennen. Zeitweilig erinnerte ich mich meines Zustandes wohl. Ich weiss nur, dass ich mich damit stark gequält habe, dass ich nicht wusste, was mit mir geschieht, wo ich sei und was für

Leute mich umgeben. — Trotzdem, dass ich nicht lange an einen und denselben Gedanken mich halten konnte, weil sie sich immer veränderten, verfolgten mich fortwährend Visionen, welche ich nicht näher zu beschreiben im Stande bin. Im Allgemeinen war es ein schwerer Traum, dessen Details wie im Nebel erscheinen und abgerissen sind." —

Wenn wir nun die eben geschilderten Krankheitsbilder zusammenstellen, so wie sie sich dem Auge des klinischen Beobachters darstellen, so finden wir in denselben viel Gemeinschaftliches. In allen Fällen orientiren sich nicht die Kranken — wie es scheint — in der Umgebung. Ihr Bewusstsein ist getrübt. Die Association der Ideen ist unrichtig und bei Allen ist sie sehr unordentlich. Bei Allen beobachten wir abgerissene Wahnideen, wie es scheint, hallucinatorischen Charakters. Auf Grund dieser klinischen Daten könnten wir in allen Fällen die Diagnose „Amentia" stellen, andere Beobachter aber, die diese Form nicht anerkennen, werden sie als „Paranoia hallucinatoria acuta" bezeichnen. Sind wir aber doch dazu berechtigt, alle diese Formen in eine Gruppe zu fassen? Um diese Frage zu beantworten, ist es nöthig, nicht nur das klinische Bild, sondern auch die Daten der Selbstbeobachtung der Kranken einer Analyse zu unterwerfen. Fangen wir vom Bewusstsein an. Klinisch stellt es sich in allen drei Fällen als getrübt vor, in Wirklichkeit aber war dasselbe in allen unseren Fällen gar nicht gleich und zwar erklären die zwei ersten Kranken, dass sie alles sie Umgebende verstanden (was auch aus der Fähigkeit, die Worte des Arztes und anderer Personen zu wiederholen — ersichtlich ist). Die Empfindungen der Umgebung drangen bis zum Bewusstsein, dort aber wurden sie vertuscht und schwächer im Vergleiche zu den unglaublich klaren und deutlichen Bildern, die zu der Zeit das Bewusstsein des Kranken ausfüllten, oder aber traten diese Empfindungen, richtig aufgenommen, in Association mit den subjectiv entstandenen Vorstellungen und bekamen dadurch eine andere Färbung und andere Deutung. Der Kranke H. sagt: „Ich erkannte Sie immer, Herr Professor, und die Studenten, aber entweder ich wollte nicht auf Ihre Fragen antworten, oder ich antwortete so, wie es diejenige Person gethan hätte, für die ich mich in dem gegebenen Augenblicke hielt." Der dritte Kranke sagt im Gegentheile ausdrücklich: „Ich lebte diese ganze Zeit nicht — — ich schlief wie in einem Cauchemar — ich kann mich an Nichts

erinnern und erkannte Niemanden — — ich konnte nicht begreifen, was mit mir geschieht, es starrten mich fortwährend ungeheure und lächerliche Fratzen an! . . ." Es bestand hier notorisch eine Bewusstseinsstörung, welche auch klinische Bestätigung findet: der Kranke erkannte sich selbst und die Umgebung nicht. Es fragt sich nun, wovon diese Verschiedenheit des Bewusstseins in diesen Fällen abhängt und erklärbar ist? Normal können wir das Bewusstsein nicht anderes vorstellen, als in der harmonischen Aufeinanderwirkung nicht nur derjenigen Vorstellungen, welche im gegebenen Momente das intellectuelle Kapital des Betreffenden ausmachen, sondern auch in der Möglichkeit einer ebensolchen Aufeinanderwirkung jeder neu entstandenen Empfindung auf die vorigen, d. h. auf die Erinnerungsbilder. Es ist klar, dass die Bedingung des normalen Bewusstseins in unseren Fällen empfunden wurde, jedoch nicht überall gleichmässig stark. Die zwei ersten Kranken empfanden die Umgebung in einer Reihe mit ihren subjectiv entstandenen Bildern, mit denen sie nicht selten dieselben associirten. Der dritte Kranke war ganz bewusstlos und empfand die Umgebung ganz unrichtig. Wenn wir uns nun an die subjectiv entstandenen Bilder der ersten zwei Kranken erinnern, dann bemerken wir in ihnen eine Sonderbarkeit, nämlich einen Drang, nach denjenigen Gesetzen sich zu associiren, denen sich normale Vorstellungen unterwerfen; und wirklich, diese Bilder waren nicht abgerissen, incohärent oder zufällige; im Gegentheile — sie bildeten im Bewusstsein ein stark zusammenhängendes Ganzes, manchmal sehr falsch, aber doch immer ganz logisch und psychologisch ganz richtig. Der ganze Unterschied von den normal entstehenden ist der, dass sie nicht der Wirklichkeit entsprachen. Der Kranke sieht z. B. Truppen, eine Schlacht, unübersehbare Wiesen mit weidendem Vieh, hört das Te Deum singen u. s. w. Alles das sind sehr zusammengesetzte Bilder, in ihrem Baue ganz richtig und völlig systematisirt, die jedoch der Wirklichkeit nicht entsprechen. Wir haben es also hier nicht mit einer Störung der Bedingungen des Bewusstseins, sondern mit einer Veränderung ihres Inhaltes zu thun; dieselbe wird dem Bewusstsein nicht in einem solchen Grade durch die Wirklichkeit, wie durch die subjectiv entstandenen, aber psychologisch richtig associirten Vorstellungen gegeben, — dadurch sind diese Kranken

noch im Stande, die Aussenwelt zu empfinden und Vorstellungen aus der Umgebung zu bekommen. Auf diese Weise haben wir hier eine Verdoppelung des Bewusstseins und keine Trübung desselben, die in Wirklichkeit auch nicht vorhanden ist.

Ganz anders ist es im 3. Falle. Hier entstehen auch bei dem Kranken massenhafte subjective Empfindungen, die, obwohl objectiv empfunden, sich jedoch untereinander und mit den vorher entstandenen Vorstellungen, d. h. mit den Erinnerungsbildern, ganz unrichtig associiren; hier giebt es keine Gesetzmässigkeit, keine Harmonie der Association. Manchmal werden diese Vorstellungen garnicht associiert, sie durchzucken nur das Bewusstsein des Kranken, wie die Farbenpunkte des Kaleidoskopes, was auch von dem Kranken constatirt wird. Hier ist eine Masse von Sinnestäuschungen vorhanden, sie werden aber auf eine dumme Weise associirt, gehen rasch vorüber und geben sinnlose, incohärente Vorstellungen, jedoch keine systematisirten, psychologisch richtigen Bilder. Es ist klar, dass es sich hier um eine Störung der Bedingungen des Bewusstseins handelt und dasselbe getrübt ist: der Kranke ist nicht im Stande, sich in der Umgebung und in seinen eigenen Empfindungen zu orientiren.

Namentlich sind alle Autoren, welche die acute Verwirrtheit beschreiben, darüber einig, dass dieselbe von der Störung der Association der Vorstellungen abhängig ist. Diesen Process kann man folgendermassen erklären: Durch einen schädlichen Einfluss auf die nervösen Elemente des Gehirns kommen die Zellen der Rinde und ihre Associationsfasern in einen Zustand der erhöhten Erregbarkeit; die Erregung wird aber anormal fortgepflanzt. Wenn wir nun zulassen, dass die Vorstellung, die der Zelle *a* entspricht, sich vor allen Dingen normal mit der Vorstellung, die der Zelle *b* entspricht, associirt, d. h. dass eine Innervation vor allen Dingen den Weg *ab* durchmacht und dann erst durch die Vermittelung der Zelle *b* sich mit den Vorstellungen *c*, *d e . . . . m* und so weiter associirt, d. h. dass eine Innervation nachher Tendenz zeigt sich auf den Wegen *ac*, *ad*, *ae . . . . am* u. s. w. fortzupflanzen, — dann haben wir bei Amentia etwas ganz anderes. Nämlich hier associirt sich die Vorstellung *a* nicht mit der Vorstellung *b*, sondern mit den weiter entfernten Vorstellungen *c*, *d*, *e . . . . m* u. s. w. Dabei ist es ganz gleichgiltig, ob die

Bahn *a b* undurchgängig oder schwer durchgängig geworden ist, oder ob die Bahnen *a c*, *a d*, *a e* u. s. w. leichter durchgängig gemacht worden sind, oder ob der Gefühlston der Vorstellungen sich verändert hat, oder ob hier die Gesammtheit all dieser Ursachen wirkt. Wichtig ist es nur, dass unter diesen Umständen die harmonische Association der Vorstellungen gestört ist, und dass dadurch Verworrenheit, Unregelmässigkeit und Zwecklosigkeit der Vorstellungen und Bewusstseinstrübung entsteht. Wenn wir dessen gedenken, dass die Hallucinationen und Pseudohallucinationen nichts anderes als Wahrnehmungen resp. Vorstellungen sind, die der Wirklichkeit nicht entsprechen und wir nur zulassen, dass im Krankheitsbilde Sinnestäuschungen überhandnehmen; wenn wir nun statt der Vorstellungen *a*, *b c* . . . . *m* u. s. w. hallucinatorische (resp. pseudohallucinatorische) Bilder nehmen, werden wir dieselben Bedingungen wie im vorigen Falle bekommen, d. h. Unrichtigkeit, Unzusammenhängigkeit, Entfernung der Associationen und dadurch Bewusstseinstörung, mit anderen Worten — kann die Verwirrtheit nicht nur von Incohärenz der Vorstellungen im strengen Sinne, sondern auch von Incohärenz der Hallucinationen resp. Pseudohallucinationen abhängen. Auf diese Weise unterscheiden sich unsere 2 ersten Fälle von dem dritten — ausser durch den Bewusstseinszustand — auch durch den Charakter der Association der hallucinatorischen (resp. pseudohallucinatorischen) Bilder. In den ersten 2 Fällen ist die Association richtig, sie unterscheidet sich gar nicht von der normalen, und das Resultat derselben ist ein gutgebautes System der Bilder resp. der Laute. Im dritten Fall dagegen ist die Association unrichtig und dadurch unlogisch, sinnlos und im Resultate bekommen wir Verwirrtheit der Vorstellungen, Incohärenz, abgerissene, unconsequente Bilder resp. Laute und dadurch Bewusstseinstörung. Wenn wir uns nun an den Charakter der Wahnideen bei der Amentia und Paranoia erinnern, dann werden wir eine völlige Analogie derselben und mit den eben geschilderten Erscheinungen finden, d. h. es ist klar, dass einem abgerissenen, sinnlosen Wahne des Amenten eine complette Incohärenz der Hallucinationen resp. Pseudohallucinationen unseres dritten Falles entspricht, dass dagegen dem logisch gebauten, systematisirten Wahne des Paranoikers auch gut gebaute hallucinatorische Bilder der ersten 2 Kranken entsprechen.

Was nun den Charakter der Trugwahrnehmungen in unseren Fällen betrifft, so haben wir hier neben den Hallucinationen auch eine Masse von Pseudohallucinationen, d. h. von pathologischen Producten des Erinnerungsprocesses, die bis zu einer reellen Wirklichkeit deutlich werden und sich durch die Abwesenheit einer Objectivität von den Hallucinationen unterscheiden. Das Entstehen der Pseudohallucinationen kann folgendermassen erklärt werden: Durch eine krankhafte Erregbarkeit entstehen in den Erinnerungszellen bis jetzt verdeckte Erinnerungsbilder, welche intensiver erscheinen und bis zur reellen Wirklichkeit deutlich werden und nicht nur über die Schwelle des Bewusstsein vortreten, aber auch anfangen, sich untereinander auf denselben Bahnen zu associiren, auf welchen sie sich auch unter normalen Umständen bewegt hätten, und im Resultate haben wir ein richtiges System von Bildern, d. h. diese Erscheinung, die eine Analogie der Entstehung des Wahns bei den Paranoikern ist, wenn bei dem Menschen durch krankhafte Erschöpfung des Gehirns Ideen entstehen, die nicht der Wirklichkeit entsprechen; diese Ideen fangen an, sich untereinander nach den logischen Gesetzen zu associiren, nach welchen sie sich bei den normalen Menschen associiren, so dass wir im Resultate einen logisch gebauten und systematisirten Wahn bekommen. Man kann aber noch weiter gehen und sagen, dass diese Erscheinungen nicht nur analogisch, sondern sogar untereinander verwandt sind, dass die Hallucinationen, Pseudohallucinationen und Wahnideen pathologische Producte des Vorstellungsprocesses seien und nur verschiedene Epochen desselben darstellen, d. h. dass unter ihnen nicht ein qualitativer, sondern nur quantitativer Unterschied bestehe. Wirklich kann man auch unter ihnen eine Zwischenstufe bemerken. Die Hallucinationen haben viel Gemeinsames mit den Pseudohallucinationen und die letzteren mit den Wahnideen, so dass es nicht leicht zu sagen ist, wo die Pseudohallucinationen aufhören und der Wahn beginnt. Wenn wir uns erinnern, dass unser Kranker ein Heer von Mädchen, auch Mönchen, gesehen und das Singen des Te Deum gehört hat, so müssen wir annehmen, dass dieses Gesichts- und Gehör-Pseudohallucinationen sind; sein Gedanke aber, dass er ein Heiliger, dass er das Haupt eines neuen Ordens sei, müssen wir schon für eine Wahnidee halten, d. h. es vereinigen sich hier die Pseudohallucinationen mit den Wahnideen zu einem Ganzen

Die Verwandtschaft dieser Erscheinungen ist auch aus dem ersichtlich, dass, wenn zu gleicher Zeit der Wahn und die Hallucinationen resp. Pseudohallucinationen bestehen, die letzteren immer die ersten beseitigen. Endlich sind wir jetzt im Stande, alle diese Erscheinungen an derselben Stelle zu placiren, nämlich in der Gehirn-Rinde, und jetzt wird es Niemandem sonderbar und antiphysiologisch erscheinen, so wie z. B. *Kondynski*, die Hallucinationen in der Rinde zu localisiren, nachdem von *Ramon y Cajal*, *van Gehuchten*, *Bechterew* und Anderen das Vorkommen der Centrifugalfasern in derselben bestätigt wurde.

Wir haben gesehen, dass eine der wichtigsten Symptome der Paranoia die sonderbare Beziehung des Bewusstseins des Kranken zu seiner eigenen Person ist. Der Paranoiker fasst noch vor der Erkrankung leicht Verdacht gegen Alles; es existirt bei ihm die Hypertrophie des eigenen Ich, infolgedessen er oft die einfachsten, vollständig bedeutungslosen Worte als Anspielungen zu verstehen beginnt, dieselben symbolisirt und auf sich selbst bezieht. Diese Erscheinungen steigern sich im höchsten Grade in der Periode der Bildung des Wahns, und dann wird die Person des Kranken in seinem Bewusstsein zum Centrum seiner Weltanschauung. Ganz analoge Erscheinungen beobachten wir auch in unseren 2 ersten Fällen. Die 2 ersten Kranken verbinden auf diese oder jene Weise alle ihre subjectiv entstandenen Bilder und Laute mit ihrer eigenen Persönlichkeit, die zum Centrum des vom Kranken Erlebten wird. Der Kranke hält den Commissär und Polizeibeamten für Pilatus und Soldaten, sich selbst aber für den Heiland, sieht Truppen, Schlachten mit dem Feinde und sich selbst hält er für einen Volkshelden u. s. w. Dieses besondere Verhalten des Bewusstseins den Trugwahrnehmungen gegenüber ist radical verschieden in den 2 ersten Fällen und im 3. Falle; in diesem Falle sind die abgerissenen und rasch sich verändernden Trugwahrnehmungen ganz einfach von dem Kranken als angenehm oder unangenehm dem Inhalte nach wahrgenommen worden, ohne in engem Zusammenhange mit der Person des Kranken zu stehen, und das ist klar warum: hier sind keine Bedingungen der Möglichkeit des Bewusstseins vorhanden, es giebt also keine Möglichkeit des Zustandekommens seiner höchsten Stufe — des Selbstbewusstseins.

Alle Autoren, die die Verwirrtheit beschreiben, sind darüber

einig, dass die Erinnerungen der Kranken an die von ihnen überlebten Zustände äusserlich trübe und abgerissen sind. Solchen Zustand der Erinnerungsfähigkeit sehen wir in unserem 3. Falle, wo der Kranke selbst erklärt, dass er sich nur sehr schwach seiner selbst und des ihn Umgebenden erinnere. Er vergleicht seinen Zustand mit dem eines Schlafes und sagt, dass er unangenehme Träume gehabt habe. Ganz anders sehen wir in den 2 ersten Fällen; da erinnern sich die Kranken sehr gut und sind im Stande, ihre Trugwahrnehmungen und ihre Wahnideen zu beschreiben. Dieser Unterschied in der Erinnerungsfähigkeit lässt sich leicht durch den Bewusstseinszustand und seinen Inhalt erklären. In den ersten 2 Fällen war der Inhalt des Bewusstseins phantastisch, er bestand aus subjectiv entstandenen, der Wirklichkeit nicht entsprechenden Bildern, Lauten und Ideen, aber er war streng systematisirt in ein völlig mögliches und richtig gebautes Ganzes, sogar mehr, er war gänzlich mit den Vorstellungen des Kranken über seine eigene Person associirt und dadurch ist der Kranke im Stande, dasselbe in die kleinsten Details zu schildern. Im dritten Falle dagegen ist der Bewusstseinsinhalt stets veränderlich, aber nicht in Systemen fertiger Bilder, Laute und Ideen, die ein Ganzes ausmachen, sondern ganz incohärent, abgerissen und verwirrt. Den Bewusstseinsinhalt kann man in den ersten 2 Fällen mit einem Panorama, denselben des dritten Falles mit einem Kaleidoskop vergleichen. Es ist nun klar, dass es bedeutend leichter ist, sich dieser oder jener Scene des Panoramas zu erinnern, als sich des Vorüberflimmerns der verschiedenen Farben des Kaleidoskopes zu entsinnen. Es bezieht sich dieses auch auf den gesunden Menschen, dem es ebenso leichter ist, sich der Verse oder Prosa, die eine bestimmte Idee ausdrücken, zu erinnern, als einer Ansammlung von Worten, die untereinander keine Verbindung haben, weil unsere Associationsbahnen an eine regelmässige Arbeit, an eine Leitung gesetzmässiger Impulse gewöhnt sind.

Endlich auch nach dem Ausgange der Krankheit unterscheiden sich die ersten 2 Fälle von dem dritten. Im ersten Fall wurde die Krankheit periodisch, im 2. Falle hatten wir ein Recidiv und raschen Ausgang in Dementia secundaria, der dritte aber ging in eine völlige Genesung über. Was nun meine anderen Beobachtungen anbetrifft (ich habe deren 5), so sind diejenigen, welche

mit den 2 ersten Fällen analogisch waren, alle in Dementia secundaria übergegangen und die analogischen, mit dem 3. Falle, endigten alle mit Genesung. Es scheint mir also, dass man diese 2 hallucinatorischen Formen untereinander unterscheiden muss. Formen, die den 2 ersten analogisch sind, lassen sich auch wirklich nicht in die Rahmen der Amentia hineinschieben. Wir haben gesehen, dass in vielen Beziehungen dieselben stark an die Paranoia erinnern, und somit, wenn uns ein Subject mit erblicher Belastung an einer hallucinatorischen Form erkrankt, seine Hallucinationen resp. Pseudohallucinationen streng bestimmte, richtig gebildete Systeme bilden, wenn sie mehr oder weniger die Persönlichkeit des Kranken umfassen, wobei das Bewusstsein mehr oder weniger zum Wahrnehmen der Aussenwelt fähig und die Erinnerungsfähigkeit an die Krankheitserscheinungen erhalten bleiben und wenn der Ausgang der Krankheit die Dementia secundaria ist, müssen wir solche Formen zur Paranoia hallucinatoria acuta zählen. Wenn aber die hallucinatorische Form auf Grund einer Erschöpfung entsteht, wenn die Trugwahrnehmungen und Wahnideen des Kranken sich fortwährend verändern, abgerissen und ohne Zusammenhang sind, wenn dabei eine Bewusstseinstrübung besteht und nachträglich eine Unmöglichkeit, sich an die Krankheitserscheinungen zu erinnern bleibt und der Ausgang eine Tendenz zur Genesung aufweist, so werden wir solche Formen als Amentia hallucinatoria bezeichnen.

Natürlich ist diese Bezeichnung schematisch, weil einerseits an Paranoia auch ein Subject ohne erbliche Belastung erkranken kann, andererseits kann die Amentia auch Personen mit erblicher Belastung befallen. Solche Fälle bilden aber eine erhebliche Minderheit. Es ist auch eine Constatirung der Mischformen zulässig; Formen, die den Uebergang einer zur anderen bilden, destomehr, als solche schon beschrieben worden sind, wie z. B. von *Ziehen*, der beobachtet hat, dass bei Paranoia neben Wahn- und Trugwahrnehmungen primär auch Zustände von Verwirrtheit entstehen können, die von der Incohärenz der Vorstellungen abhängig sind. Diese Formen von Paranoia bezeichnet *Ziehen* als „dissociative vel incohärente“ der Paranoia. Aber auch das Vorkommen dieser Mischformen kann uns, meiner Ansicht nach, nicht hindern, die hallucinatorische Paranoia von der hallucinatorischen Amentia zu unterscheiden.

Zur Kenntniss der polyneuritischen Psychose.[1])

Von

Dr. **F. Chotzen**-Breslau, städtische Irrenanstalt.

I.

Der charakteristische Symptomencomplex der *Korsakow*'schen oder polyneuritischen Psychose, der sich nach *Wernicke*'s scharfer und eindringender Analyse darstellt als Produkt folgender vier Hauptsymptome: Desorientirtheit, Verlust der Merkfähigkeit, retroactive Amnesie und Confabulation, steht, obwohl er das für die Diagnose entscheidende Criterium abgeben muss, doch im klinischen Bilde nicht in allen Fällen und im Einzelfalle nicht während des ganzen Verlaufs im Vordergrunde. In frischen acut hereingebrochenen Erkrankungen an schwerer ausgebreiteter Neuritis ähnelt die begleitende Psychose in Folge hochgradiger „reizbarer Schwäche", grosser Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit und der matten Delirien häufig mehr der „asthenischen Verwirrtheit", oder es besteht auch das Bild eines chronischen Deliriums (s. *Bonhöffer*), und in beiden Fällen kann die Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit wenig hervortretend und auch nur sehr geringfügig sein. Am reinsten beobachtet man dagegen den „amnestischen Complex" (*Bonhöffer*) in Fällen chronischen Verlaufs, sei es nun, dass sie

---

[1]) Folgende Arbeit war schon abgeschlossen, als das vortreffliche Buch *Bonhöffer*'s erschien: Die acuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker (Jena, Gustav Fischer). Die darin gegebene ausführliche und ausgezeichnete Darstellung der polyneuritischen Psychose musste nachträglich noch berücksichtigt werden, soweit es ohne gänzliche Umarbeitung möglich war, hauptsächlich auch, um zahlreiche Wiederholungen von schon Gesagtem zu vermeiden.

als solche mit nur geringen deliranten Beimengungen entstanden, oder nach einem typischen Delirium zurückgeblieben sind. Hier beherrscht er das Bild thatsächlich, ist aber doch noch und besonders am Anfang von anderen Anzeichen der zu Grunde liegenden Gehirnkrankheit begleitet, unter denen in erster Linie associative Störungen zu nennen sind.

Korsakow[1]) stellte darum auch die „mehr oder weniger tiefe Störung der Ideenassociation“ unter den Symptomen voran und erst danach: „einen hohen Grad der reizbaren Schwäche der psychischen Sphäre“ und „Trübung des Gedächtnisses“. Auch nahm er den Grad der ersteren als Merkmal für die Unterscheidung des dem deliranten Beginn folgenden chronischen Stadiums in „apathische Verwirrtheit“ und „stuporösen Schwachsinn“. Diese chronischen Formen treten aber auch selbständig auf; manche Fälle tragen ihren Charakter von Anfang an, ohne dass die leichten deliranten Beimengungen, die im Beginn fast nie fehlen, ein besonderes Stadium darstellen würden. *Bonhöffer*'s[2]) Eintheilung in Formen mit delirantem, stuporösem, epileptiformem und chronischem Beginn wird daher der Verschiedenheit der klinischen Erscheinungsweise besser gerecht, wenn auch die deliranten associativen und amnestischen Symptome sich in der mannigfaltigsten Weise mischen und dadurch eine Trennung der einzelnen Formen zumal im Beginn erschwert ist.

Die associativen Hemmungen erreichen oft einen so hohen Grad, dass man das vollkommene Bild des alkoholischen Stupors vor sich hat; doch auch bei ihrer geringeren Ausprägung haben die stuporösen Formen ein besonderes Interesse, da sie sich am ehesten der Diagnose entziehen; nicht nur, weil der amnestische Complex durch den Stupor lange Zeit verdeckt bleiben kann, sondern auch, weil aus der hier allgemeineren und ausgebreiteteren Erkrankung die Schädigung bestimmt lokalisirter Funktionen hervortreten und die Diagnostik irreleiten kann. Gerade diese Formen nämlich pflegen mit Herdsymptomen complicirt zu sein und für sie

[1]) *Korsakow*, Eine psychische Störung combinirt mit multipler Neuritis. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XL, H. VI. 1890; derselbe Ueber eine besondere Form psychischer Störung combinirt mit multipler Neuritis, Archiv f. Psych. Bd. XXI, 1890.

[2]) loc. cit.

gelten besonders die Ausführungen *Korsakow*'s[1]) über die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen dieses Stadiums, die Paralyse, Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, oder periphere, Nerven- und Muskelerkrankungen vortäuschen können. Diese Täuschung wird begünstigt durch besondere Verbindung von psychischen und Kopfnervensymptomen einerseits, andererseits dadurch, dass gerade bei diesen meist chronisch verlaufenden Fällen die Anzeichen der peripheren Neuritis gewöhnlich wenig charakteristisch und häufig nur angedeutet sind (Parästhesien, leichte Coordinationsstörungen, Ermüdbarkeit, Alteration der Patellarreflexe, leichte Schmerzen in den Extremitäten. *Korsakow*[1]), siehe auch *Bonhöffer*[2]). Dagegen können, da dieser Erkrankung ja stets chronischer Alkoholismus zu Grunde liegt, alle sonstigen Symptome vorhanden sein, die im Verlauf der alkoholischen Degeneration vorkommen, wodurch sich die Mannigfaltigkeit und wechselnde Gruppirung der Symptome sofort erklärt, woraus aber auch gleich ersichtlich ist, wie sich die vorliegende Erkrankung mit der sogenannten Alkoholparalyse berührt. In diesen Herdsymptomen zeigt sich ja wieder die Analogie, welche die cerebrale Degeneration bei der Alkoholintoxication mit der bei progressiver Paralyse hat. Leider sind sie nur hier der Untersuchung sehr schwer zugänglich, denn solange die allgemeine associative Hemmung noch bedeutend ist, sind Resultate zumal bei gleichzeitigen deliranten Erscheinungen überhaupt nicht zu erhalten, und andererseits unterliegen sie wie alle alkoholischen Störungen, soweit sie noch reparabel sind, nach Wegfall des schädigenden Momentes einer schnellen und weitgehenden Rückbildung. Man muss sich daher fast immer nur mit kurzen Feststellungen begnügen; zu einer Zeit, wo systematische Untersuchungen möglich sind, gelingt ihr Nachweis nicht mehr; nur sehr selten sind auch bei leichterem Stuporzustand lokalisirte Störungen (mit Ausnahme der motorischen) zu finden, wofür unten Beispiele folgen.

Der Rückbildung fällt aber während langdauernder Hemmungsperioden auch der amnestische Complex anheim, und er zeigt nachher die undeutlichere Gestalt, die er unter der eintretenden Heilung annimmt: die örtliche Orientirung pflegt wiedergekehrt zu sein, nur die zeitliche fehlt noch, die Merkfähigkeit hat sich gebessert, die

---

[1]) Archiv f. Psych. Bd. XXI, 1890.

[2]) loc. cit.

Amnesie ist nicht mehr retroactiv, sondern betrifft nur die Zeit der Erkrankung selbst, und schliesslich sind die Confabulationen ganz spärlich, die den stuporösen Formen überhaupt ganz fehlen können (s. *Bonhöffer*[1]). Die Diagnose wäre also auch jetzt noch nicht unzweifelhaft gegeben, besonders wenn auch die anfangs nicht sicher nachweisbaren neuritischen Symptome sich inzwischen gebessert hatten, wenn nicht eben diese fortschreitende Aufhellung mit dem allmählichen Auffinden der einzelnen Elemente an sich charakteristisch wäre. Obwohl nun solche Krankheitsbilder sehr eintönig und in keinem Punkte eigentlich typisch sind, mögen deshalb doch einige hierunter kurz mitgetheilt werden, zumal sie ja grosse Seltenheiten darstellen, die bisher wenig veröffentlicht sind, und da sie immerhin einen Begriff von der Verlaufsweise dieser Formen und den Schwierigkeiten der Diagnose geben können.

1. Heinrich R., Maschinenputzer, 53 Jahre. Keine Heredität. Hat 1870 Typhus durchgemacht, sonst keine schweren Erkrankungen. Potus angeblich für 20—30 Pf. Schnaps. Litt in den letzten Jahren viel an Reissen, besonders in den Füssen, seit 6 Wochen deshalb ausser Arbeit. Seit 14 Tagen Schwindelanfälle, in deren einem er umfiel und sich eine Hautverletzung am Kopf zuzog. Seit einigen Wochen Verschlechterung der Sprache. Wegen Nervenleiden ins Spital geschickt, wird er tags darauf am 29. October 1898 in die Anstalt verlegt. — Mittelgrosser, schlecht genährter Mann mit stumpfem, ausdruckslosem Gesicht. Weiss bei der Aufnahme, dass er in einem Krankenhause ist, verliert jedoch die Orientirung bald wieder, und ist einmal zu Hause, dann auf dem Bahnhofe, dann wieder in der Klinik. Ueber Personalien und Vorleben ist fast garnichts von ihm zu erfahren. Eine Exploration ist nicht möglich. Spontan spricht er garnicht, Fragen muss man oft wiederholen, bis man auf die allereinfachsten Dinge eine Antwort erhält, zumeist antwortet er aber garnicht, sondern wird gereizt über das „viele Fragen". Zu einer Antwort gedrängt, bringt er doch keine sinngemässe zu Stande, sondern antwortet aufs Geradewohl das erste Beste, oder daneben, aber nur das naheliegendste. Sich selbst überlassen, liegt er ganz ruhig, theilnamlos, ohne Interesse für die Vorgänge in seiner Umgebung da, steht nur sehr selten einmal auf, um seine Sachen zu suchen. Auf Zureden legt er sich ohne rechtes Verständniss der Situation wieder hin, wird aber auch manchmal unwillig, dass man ihn hindere, seine Sachen zu suchen. Scheint nicht zu hallucininiren, giebt zu, krank zu sein, kann aber nicht sagen, worin die Krankheit bestehe, ruft endlich ärgerlich: „Die Gesundheit fehlt mir." Aufforderungen lässt er zumeist unbeachtet, nur selten befolgt er sie

[1]) loc. cit.

widerwillig. Die körperliche Untersuchung ist ihm, wie jede Störung seiner Ruhe, lästig, er giebt dabei keine Auskunft, und man muss sie immer bald wieder unterbrechen. Pupillen gleichweit, reagiren gut; keine Augenmuskelstörung; keine Facialisparese; Zunge weicht etwas nach rechts, zittert wenig; geringer Tremor der Hände. Patellarreflexe lebhaft; passive Kniebeweglichkeit sehr ausgiebig; kein Romberg'sches Phänomen; keine Ataxie. Sensibilität nicht genau zu prüfen; Schmerzempfindung überall erhalten. Keine motorischen Spannungszustände; grobe Kraft der Arme beiderseits gleich; Musculatur der Unterschenkel sehr dünn und schlaff; beim Gehen schleift Patient die Füsse am Boden, geht breitbeinig und lässt besonders rechts den äusseren Fussrand hängen. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Puls klein und gespannt, Arterien rigide, etwas geschlängelt. Urin frei. Am Hinterkopf eine kleine, in der Heilung begriffene Hautwunde.

Wiederholte einzelne Versuche ergeben, dass er den grössten Theil der Fragen nicht versteht und nur auf die einfachsten, wenn sie ihm mehrfach wiederholt werden, richtig antwortet. Er spricht dabei leise, monoton, stockend und verwaschen. Vorgehaltene Gegenstände benennt er zumeist richtig, nur einzelne weniger geläufige nicht. So kommen unter vielen richtigen folgende Fehlreactionen vor:

Pincenez?	Scheerenschnepper, dann: Operngucker.
Bartbürste?	(reibt sich die Zähne und sagt:) Hier zum Kämmen.

In den einsilbigen Antworten und spontanen Aeusserungen ohne Paraphasie. Spricht richtig nach. Verliert, während er spricht, den Faden, vergisst, was er sagen wollte und perseverirt, z. B. nach einer unverständlichen Aeusserung befragt, antwortet er: „Das ist so ein altes Sprichwort. Nämlich die Häuser, die haben — — — die Häuser, die haben — — — die Häuser, die haben nämlich — — —, jedes Haus das hat — — — das hat — — — das hat — — — das hat nämlich — — — jedes Haus hat — — — — — — (schweigt).

Seine Merkfähigkeit für die Vorgänge der Umgebung ist schlecht, zu besonderen Prüfungen ist er nicht zu haben. Ueber den Stand seiner Intelligenz und Kenntnisse gelingt es natürlich ebensowenig, Auskunft zu erhalten, wie über Personalien und Vorleben.

30. October. Zeitlich ganz unorientirt; sei seit 9 Wochen hier, in der chirurgischen Klinik. Kommt fortwährend aus dem Bett, um seine Sachen zu suchen, hat die erhaltene Aufklärung über seinen Aufenthalt nach wenigen Minuten schon wieder vergessen.

4. November. Temporale Abblassung der Papillae nervi optici beiderseits. Keine grobe Sehstörung.

Merkfähigkeit für fremde Worte schlecht, von Zahlen bleiben einzelne Bestandtheile 2—3 Minuten haften.

Durch den Monat November hindurch bleibt sein Verhalten ganz das gleiche, er liegt meist apathisch zu Bett, zeitweilig ist er Nachts oder am Tage leicht delirant, ist bald einmal in seiner Wohnung, bald wieder an anderen gewohnten Orten. Redet den Arzt „Herr Nachbar" an. Nach seiner Beschäftigung, seiner Umgebung etc. befragt, confabulirt er in wenig produktiver Weise naheliegende Dinge. Sein Schlaf ist wechselnd, bald gut, bald von matten Delirien unterbrochen. Ist sauber, besorgt sich selbst. Er bietet im Ganzen das Bild einer stumpfen Demenz, dem die deliranten Episoden nur sehr wenig lebhaftere Farben geben. Gegen Anfang Dezember wird er im Allgemeinen etwas lebhafter, spricht geläufiger, aber noch verwaschen und stockend. Paraphasien sind nach den ersten Tagen nicht mehr zu beobachten gewesen, benennt jetzt alle Gegenstände richtig. Lesen und Schreiben ungestört.

Beginnt, sich nun auch in der Umgebung zu orientiren, den Arzt als solchen zu erkennen.

6. Dezember. Nicht mehr delirant. Oertlich ungefähr orientirt (Krankenhaus), zeitlich nicht. Giebt besser Auskunft; über Personalien, Verhältnisse und Vergangenheit keine Confabulationen mehr. Klagt jetzt dem Arzt seine Beschwerden, Reissen in den Beinen und Schultern. Macht bei der Untersuchung jetzt brauchbarere Angaben. Der Gang ist sicherer geworden, die Fussränder hängen nicht mehr so stark wie anfangs, doch ist die Kraft der Fussstrecker erheblich herabgesetzt. Die Sensibilitätsprüfung ergiebt keine weitere Störung, als eine mangelhafte Berührungsempfindung in einem kleinen Bezirk beider Fussrücken, unterscheidet da spitz und stumpf nicht sicher. Aufmerksamkeit gut. Versteht noch schwer, kann seine Gedanken nicht auf einen Gegenstand concentriren, bringt es nicht fertig, das Alter seiner Kinder der Reihe nach anzugeben. (Combination!)

Im Laufe des Januar stellt sich auch die zeitliche Orientirung ein. Patient steht nun aus dem Bett auf, bleibt aber immer stumpf und gleichmässig. Folgt jetzt einem Gespräch besser, man kann nun auch eingehendere Prüfungen mit ihm vornehmen. Eine solche, am 10. Januar ausgeführt, ergiebt, dass er ganz gute Schulkenntnisse hat, sie leicht reproducirt, seinen Lebensgang gut angiebt bis auf die Ereignisse der letzten Jahre, die er nicht in der Erinnerung hat. Auch die Namen der augenblicklichen officiellen Persönlichkeiten, selbst der des Kaisers, fallen ihm nicht ein, wohl aber nennt er die früheren richtig. Begriffsbestimmungen macht er ganz gut, dagegen fallen ihm Combinationen schwer, nur für ihm ganz geläufige Erscheinungen kann er Erklärungen geben, für Anderes, Allgemeineres reicht seine Ueberlegung nicht hin. Rechnet sehr langsam, aber richtig. Merkfähigkeit für Zahlen leidlich: 4538 nach 3 Minuten als 4500 wiedergegeben; Yokohama nach kurzer Zeit vergessen.

In den nächsten Monaten bleibt der Zustand und das Verhalten des Patienten ganz unverändert. Man findet ihn immer stumpfsinnig und theilnahmlos in einer Ecke sitzen oder stehen; er ist ohne jegliche Ini-

tiative, äussert nie einen Wunsch oder ein Verlangen, lässt sich fast garnicht in Unterhaltung mit Anderen ein, ist zu einem Spiel nicht zu gebrauchen. Dem Arzt klagt er bei jedem Besuch in der gleichen Weise über Schmerzen in den Beinen und Schultern.

Bleibt örtlich und zeitlich orientirt, weiss auch, seit wann er in der Anstalt ist, kann aber nur mit grosser Mühe ausrechnen, wie viele Monate seitdem verstrichen sind. Für die erste Krankheitszeit Amnesie; weiss nicht, wie hergekommen und warum? Erzählt zur Erklärung eine confabulirte Geschichte. Es fällt ihm noch schwer, bei der Sache zu bleiben, er schweift leicht vom Thema ab.

Sprache nun wieder gut articulirt.

20. Mai. Steht interesselos herum, klagt immer noch, er könne nicht laufen, die Beine seien zu schwach. Geht aber ohne Störung. Ueber einen Husten, den er vor einigen Wochen ein paar Tage hatte, klagte er seitdem beständig und noch jetzt. Eine am 5. Juni vorgenommene Prüfung ergiebt noch dieselben Gedächtnissdefekte für die letzten paar Jahre, während die Erinnerungen für Früheres gut und ausgiebig reproducirt werden. Combinationsfähigkeit schlecht. Rechnet einfache Exempel langsam und theilweise falsch. „Antananarivo“ nach 2 Minuten als „Mantasasanin“ wiederholt, „4538“ nach 3 Minuten „5373“.

30. Juni. Mehrfache Versuche, ihn zu einfachen Beschäftigungen heranzuziehen, missglückten, er machte Alles nur ganz flüchtig und hielt nur wenige Minuten aus.

Stumpf und interesselos blieb er auch fernerhin. Klagte immer noch die alten Beschwerden, während objektiv keine Störungen mehr nachzuweisen waren.

Das psychische Bild änderte sich nicht weiter, Gedächtnissdefekt, reducirte Combinations- und Merkfähigkeit blieben unverändert.

Im August verlangte er einmal, entlassen zu werden. Nur ganz oberflächliche Einsicht in seine Krankheit.

Am 10. Oktober 1899 unverändert in Familienpflege entlassen.

Bei dem Stupor, den Herdsymptomen — Zungenabweichen und -tremor, Sprachstörung, angedeutete Paraphasie — und den matten Delirien nahm hier das Interesse zuerst die Herderkrankung des Gehirns in Anspruch, womit die Desorientirung und schlechte Merkfähigkeit ja wohl in Einklang zu bringen war. Nur die beiderseitige Schwäche der Fussstrecker wies auf eine ausgebreitete Erkrankung des Nervensystems hin, deren Natur aber für's Erste bei der Unmöglichkeit einer genaueren Untersuchung unsicher blieb, bis der Befund des Augenhintergrundes mit der beiderseitigen temporalen Abblassung der Papille den Verdacht der Polyneuritis bestätigte, der durch den Verlauf ferner gerechtfertigt wurde. Zu

der schon anfangs constatirbaren Desorientirung und dem Merkfähigkeitsverlust kam mit dem allmählichen Erwachen aus dem Stupor auch der Gedächtnissausfall für die letzte Vergangenheit zu Tage und die wenn auch spärlichen, so doch charakteristischen Confabulationen, die nur die Gedächtnisslücken ausfüllen mussten. Daneben dann auch noch die entsprechend localisirten Sensibilitätsstörungen. Danach und nach der allmählich fortschreitenden Besserung, die nur die Gedächtnissstörung nicht mitbetraf, musste die Diagnose „polyneuritische Psychose“ gestellt werden.

Der schliessliche Defektzustand, der weniger intensiv auch den leichter gehemmten Fällen der „apathischen Verwirrtheit“ zukommt, zeigt sich in völliger Interesselosigkeit, Stumpfheit, Fehlen jeder Initiative und einer Schwerfälligkeit in allen psychischen Leistungen bei richtigem Verständniss für die Umgebung und geordnetem äusseren Verhalten. Besonders hinzuweisen ist noch auf das regelmässige automatenhafte Wiederholen derselben Klagen.

Von der Sprachstörung waren die paraphasischen Beimengungen verschwunden, ehe sie eingehender untersucht werden konnten, dagegen blieb die Articulationsstörung, bestehend in monotoner, stockender, verwaschener Sprache, durch Monate hindurch bestehen.

Der nachfolgende Fall hat wieder andere Besonderheiten. Er war wohl von vornherein als alkoholischen Ursprungs nicht zu verkennen, doch wurde auch hier erst nach eingetretener Besserung mit Hervortreten des amnestischen Symptomcomplexes die Zugehörigkeit zu den *Korsakow*'schen Formen klar.

2. Adolf H., früherer Schuhmacher, 36 Jahre. Aufgenommen am 11. Dezember 1899.

Von Heredität nichts bekannt. Als Kind englische Krankheit durchgemacht, lief mit 3 Jahren noch nicht; später nicht mehr krank gewesen. Verheirathet. Von 5 Kindern 1 gestorben. Musste vor 3 Jahren das Handwerk aufgeben, weil er nicht mehr ordentlich sah. Trank von jeher, kam nie nüchtern nach Hause, nahm sich den Schnaps mit ins Bett. Vor 3 Jahren schon schwerer Krankheitszustand: Erbrechen, Appetitlosigkeit, grosse körperliche Schwäche; konnte kaum gehen. Fing damals auch an, schlecht zu sehen. Die ganze Zeit seither kamen immer nach ein paar Tagen kurze delirante Zustände wieder, in der Art, dass er einen Mann im Zimmer stehen sah und grosse Angst bekam, oder Nachts aufstand, mit Leuten verhandelte, als ob er z. B. auf dem Markte wäre, und sich nach

einiger Zeit wieder hinlegte. War sehr reizbar und heftig, misshandelte Frau und Kinder. Voriges Jahr einmal ein Ohnmachtsanfall. Gearbeitet hat er die letzten 3 Jahre nur selten. 6 Wochen vor der Aufnahme erkrankte er wieder an Erbrechen und Durchfall, Schwäche und grossen Kopfschmerzen. Konnte sich nicht mehr auf den Beinen erhalten. Sein Gedächtniss, das schon längere Zeit geschwächt war, versagte nun ganz, er behielt nichts mehr.

Patient ist ein kleiner schlecht genährter Mann, mit starker Acne rosacea auf Nase, Wangen und Stirn. Still, meist unter der Decke versteckt zu Bett liegend; leicht benommen. Greift ab und zu einmal in deliranter Weise in die Luft oder beschäftigt sich mit der Decke, um aber bald wieder in einen schlafsüchtigen Zustand zu versinken. Aufgeweckt, schrickt er zusammen; ist überhaupt sehr schreckhaft und ängstigt sich bei jeder Annäherung an sein Bett. Die körperliche Untersuchung sucht er ebenfalls ängstlich abzuwehren, hat offenbar gar kein Verständniss für die Situation. Angerufen, grunzt und stöhnt er nur und sagt höchstens: Ja, ja. Allmählich wird er wohl etwas freier, kommt aber doch zu keiner Antwort; er versteht offenbar garnicht, was zu ihm gesprochen wird, trotz mehrfacher Wiederholung, und obwohl er die Frage behalten hat. Zumeist hingegen fragt er immer von Neuem, weil er vergessen habe, und hat in der That die meisten Fragen sofort wieder aus dem Gedächtniss verloren. Nach einigen Versuchen erzielt man nur ein Stöhnen und Jammern, ebenso wie bei jeder andern Störung seiner Ruhe, besonders aber, wenn er angefasst wird, er seufzt vor sich hin und klagt, was man ausstehen müsse; Aufforderungen bleiben unbeachtet.

Aus dem Bett genommen, kann er sich nicht aufrecht erhalten, sinkt aufgestellt sofort nach hinten und rechts über, sucht sich an Gegenständen und Personen festzuhalten, aber ganz ungeschickt und in unzweckmässiger Weise. Bei Gehversuchen werden die Beine breitbeinig und besonders rechts ganz steif vorgestellt, während der Oberkörper immer mehr zurücksinkt.

Keine Schmerzhaftigkeit des Kopfes bei Beklopfen; keine Augenmuskelstörung; Pupillen reagiren gut; keine Facialisparese; Zunge belegt, zittert; Tremor der Hände; Patellarreflexe gesteigert, angedeuteter Fussclonus; Sensibilitätsprüfung unsicher. Muskulatur im Allgemeinen welk und spärlich, besonders aber die der Beine. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Puls klein, beschleunigt. Urin frei. Keine Temperatursteigerung. Augenhintergrund: R temporale, L vollkommene Abblassung der Papille.

Patient weiss, dass er in einem Krankenhaus ist; zeitlich ganz unorientirt (1896). Glaubt am Tage nach der Aufnahme, schon mehrere Tage hier zu sein.

Die deliranten Erscheinungen verschwinden bald, sonst bleibt er aber unverändert, ohne Interesse für das, was um ihn vorgeht, theilnahmslos, mitunter leise vor sich jammernd. Ist nicht unsauber, Sprache gut articulirt, benennt alle Gegenstände richtig.

15. Dezember. Ist ein wenig klarer, versteht aber meist noch nicht, was um ihn vorgeht und was man von ihm will. Klagt über Kopfschmerzen und Reissen in den Beinen, stöhnt viel, liegt sonst still. Giebt noch keine geordneten Antworten. Schläft schlecht. Nahrungsaufnahme gut.

18. Dezember. Wird freier, versteht besser; giebt auf Fragen nach seinem Befinden Antwort, weiss nun, dass er den Arzt vor sich hat. Bei längerem Fragen wird er aber unwillig und ablehnend. Untersuchungen entzieht er sich möglichst, Aufforderungen führt er noch nicht aus. Geht nun wieder sicherer. Puls immer sehr klein und frequent. Sprache jetzt ganz verwaschen, lallend und stammelnd, kaum verständlich.

Im Laufe des Dezember wird er weiterhin lebendiger, versteht seine Umgebung, begrüsst den herantretenden Arzt, widerstrebt nicht mehr, sondern klagt ihm seine Beschwerden: anfallsweise auftretende Kopfschmerzen und Reissen in den Beinen. Muskulatur der Unterschenkel druckempfindlich, aber keine objektiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen. Auch die Motilität wieder frei, Gang gerade und sicher. Sprache stockend und verwaschen. Sehschärfe beiderseits, besonders rechts stark herabgesetzt.

27. Dezember. Oertlich nun gut orientirt, zeitlich nicht, sei seit 8 Tagen hier; giebt das immer gleichmässig zur Antwort. Versteht nun ordentlich und giebt prompter Antwort. Ende Dezember angestellte Prüfungen ergeben, dass er seinen Lebensgang genau wiedergeben kann, bis auf die letzten 2—3 Jahre. Für diese Zeit sind seine Angaben ganz wirr und widersprechend. Wann er die Schuhmacherei aufgegeben, was er seitdem gearbeitet habe, kann er nicht angeben, ebensowenig bei wem? Weiss nicht, wie er hergekommen ist, auch nicht, wie lange er krank ist.

In Schulkenntnissen mässige Defekte; Gedankenlosigkeit und Ungeschicklichkeit bei Ueberlegungen; schlechte Combinationsfähigkeit. Rechnet sehr schlecht; Merkfähigkeit noch stark reducirt, kann eine vierstellige Zahl schon nach $1^1/_2$ Minuten nicht richtig wiedergeben. Die Namen der gegenwärtigen officiellen Persönlichkeiten kennt er.

3. Januar. Zeitlich und über die Dauer seines hiesigen Aufenthaltes immer noch unorientirt.

12. Januar. Liegt meist theilnahmslos zu Bett, fühlt sich schwach, klagt aber nicht mehr über Reissen. Zeitliche Angaben stets wechselnd. Antworten zögernd, mit verwaschener Sprache. Schlaf und Appetit sind gut.

Gegen Ende Januar verlieren sich seine Beschwerden ganz, er steht aus dem Bett auf, ist lebhafter, antwortet nicht mehr so zögernd, doch immer noch mit verwaschener Sprache. Behält die zeitliche Orientirung.

Bei erneuten Prüfungen erscheinen seine Kenntnisse besser, er rechnet auch gewandter, macht über die letzten Jahre zutreffendere Angaben, doch bleibt ein Theil der Defekte, auch die der Urtheils-, Combinations- und

Merkfähigkeit bestehen. An seine Krankheitszeit aber besteht nach wie vor gar keine Erinnerung, bis zur Zeit, da er hier anfing sich zu orientiren. Warum er nicht antworten konnte, weiss er nicht zu sagen, meint aber dann: „Ich musste erst sehr lange mich besinnen, ehe ich Antwort geben konnte“.

Die nächsten Monate blieb sein Verhalten gleichmässig geordnet; während er körperlich beständig zunahm, blieb er psychisch auf demselben Stand; er brachte es auch nur zu einer sehr oberflächlichen Krankheitseinsicht.

Ein Gedächtnissausfall für die erste Zeit seines hiesigen Aufenthalts und eine nicht genau begrenzbare Zeit früher blieb bestehen, ebenso die reducirte Merkfähigkeit.

Am 9. Mai 1900 unverändert ins Armenhaus verlegt.

Die neuritischen Symptome — temporale Abblassung, Reissen in den Beinen, Druckschmerzhaftigkeit und Atrophie der Unterschenkelmuskulatur — waren hier von Anfang an zu constatiren, desgleichen fiel die Desorientirung und der Merkfähigkeitsverlust wohl schon in der stuporösen Phase auf, indess konnten sie bei dem hochgradigen Stupor nicht als ein Symptom von besonderer Bedeutung erachtet werden; nachdem aber trotz völliger Lösung des Stupors die zeitliche Orientirung ausgeblieben, die Merkfähigkeit herabgesetzt geblieben und schliesslich auch der Gedächtnissausfall für die letzten Jahre zum Vorschein gekommen war und dieser amnestische Complex lange unverändert bestand und zum Theil dauernd sich erhielt, wird man mit Berücksichtigung der körperlichen Störungen zu einer anderen Diagnose als der polyneuritischen Psychose auch in diesem Falle kaum kommen können. Zu bemerken ist, dass Confabulationen hier gänzlich ausblieben.

Der Kranke zeigte hier im Anfange jene Störungen der Motilität und des Gleichgewichts, die *Bonhöffer*[1]) unter der Rubrik des „schweren Deliriums“ beschreibt und auf Degeneration im Wurm des Kleinhirns bezieht. Auch das psychische Verhalten stimmt in vielen Punkten mit der dort gegebenen Beschreibung überein; der Verlauf in diesem Falle und auch in einem anderen, der genau der Schilderung der „schweren Delirien“ entsprach und in welchem die *Korsakow*'sche Psychose ganz typisch war, zeigen, dass diese Fälle, die sonst in den ersten Tagen tödtlich enden, und nur sehr ausnahmsweise am Leben bleiben, enger mit den polyneuritischen

[1]) loc. cit.

zusammenhängen, wie ja auch *Bonhöffer* annimmt. Gleichzeitig möge hier auf die Aehnlichkeit des Anfangsstadiums in unserem Falle mit dem Bilde der Polioencephalitis hämorrhagica superior[1]) aufmerksam gemacht werden, unter besonderem Hinweis auf *Bonhöffer*'s Auseinandersetzungen über die Identität dieser mit den polyneuritischen Erkrankungen. Es fehlt in unserem Falle eben nur die als charakteristisch hingestellte Ophthalmoplegie, die sonst bei der Polyneuritis nicht selten ist; wäre sie auch hier, so entspräche das Bild etwa der Schilderung, die von der Polioencephalitis haemorrhagica superior gegeben wird. Ein Gegenstück zur Augenmuskelstörung könnte man aber im vorliegenden Bilde in der Sprachstörung finden; während in dem einen von *Bonhöffer*[2]) angeführten Falle beide vorhanden waren, besteht hier nur die letztere; sie entstand ganz plötzlich in der Anstalt; während die Sprache anfangs gut articulirt war, wird sie plötzlich ganz verwaschen, lallend und kaum verständlich. Mit Rücksicht auf diese Entstehungsart könnte man sie vielleicht auch auf miliare Blutungen zurückführen, wie sie den Augenmuskelstörungen zu Grunde liegen und für welche nach *Bonhöffer*[3]) bei Alkoholisten eine besondere Neigung besteht.

Während in den vorstehenden Beobachtungen der *Korsakow*'sche Complex den Stupor überdauerte und erst nach dessen Aufhellung deutlich erkennbar war, zeigt die nachstehende ein anderes Verhalten, das besonders interessant für das Verhältniss der einzelnen Symptome zu einander ist. Bei einer frischen ausgebreiteten Polyneuritis besteht das volle Kleeblatt der 4 Symptome nur ganz kurze Zeit, sehr rasch fallen Orientirungs- und Merkfähigkeitsverlust und damit auch die Confabulationen aus, dagegen bleibt die retroactive Amnesie lange bestehen und mit ihr ein Teil der associativen Störungen. Diese letzteren waren überhaupt nicht so hochgradig wie in den ersten beiden Fällen und von einem ausgebildeten Stupor kann man hier nicht mehr sprechen. Die Abgeschlossenheit, Achtlosigkeit auf die Umgebung, die Unfähigkeit der Auffassung und Orientirung, die Erschwerung des Sprachverständnisses waren weit geringer als dort, oder verschwanden sehr bald, ebenso waren hier die

---

[1]) *Wernicke*, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.

[2]) loc. cit.

[3]) *Bonhöffer*, Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Alkoholdeliranten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie Bd. V, H. 4.

alten Gedächtnissvorräte schon bald reproducirbar, während sie aus dem Darniederliegen aller Erinnerungen dort erst allmählich erwachten. Wir haben also darin ein vermittelndes Bindeglied von den stuporösen zu den Fällen mit vorwiegend amnestischen Symptomen, bei denen man die Störung der Associationsthätigkeit zwar ebenfalls bemerkt, aber nicht so fixiren kann wie hier. Sie besteht in einer schweren Hemmung der Denkthätigkeit, so dass immer nur das Naheliegendste, Geläufigste, Eingeschliffenste associirt wird, in einer grossen Einengung des Vorstellungsablaufs; sowie die Aufmersamkeit schwer ablenkbar (und wie wir noch unten sehen werden, auch schwer ansprechbar) ist, so bleiben die erweckten Vorstellungen oder Vorstellungsreihen haften und werden spontan nicht durch andere entferntere oder contrastirende verdrängt. Daraus ergiebt sich schon, dass Combination und Fähigkeit zu überlegen schwer behindert sind, und schliesslich kommt noch eine grosse Ermüdbarkeit, eine rasche Erschöpfung hinzu. Besonders im Beginn der Erkrankungen wird man diese Störungen kaum je vermissen, wenn sie auch nicht immer gleichen Umfang und Ausprägung erreichen; doch sind sie in den deliranten Phasen z. T., zumal was die Einengung der Aufmerksamkeit und des Vorstellungsablaufs anlangt, durch Reizvorgänge verwischt. Im vorliegenden Fall aber bieten sie sich der Beobachtung gut dar, weil sie wohl genügend deutlich, aber doch nicht so überwuchernd sind, dass sie eine Exploration unmöglich machten.

3. Emilie D., Arbeitersfrau, 55 Jahre. Aufgenommen 2. Januar 1901.

Von Heredität nichts bekannt. Soll seit der Jugend Anfälle haben, die etwa wöchentlich wiederkehren, in denen sie plötzlich zusammenzuckt, schmerzhafte Geberden macht, und für eine Weile nicht sprechen kann, ohne Bewusstseinsverlust. Nur einmal vor 2 Jahren ein wirklicher Krampfanfall, Steifheit, Schaum vor dem Mund, Bewusstlosigkeit und nachherige Amnesie. Umgefallen war sie schon einmal $^1/_2$ Jahr früher, nachdem sie plötzlich, als ob sie etwas sähe, in die Luft geschlagen hatte. Trank seit langer Zeit Schnaps, früher für 10 Pfennig, seit 7 Jahren stark; war in den letzten Jahren fast beständig betrunken; trank Spiritus, wieviel, war nicht zu erfahren.

Seit einem Jahr kann sie den Haushalt nicht mehr besorgen, macht nur noch Handreichungen. Viel Klagen über Kopfschmerzen. Seit ein paar Jahren sieht sie feinere Dinge nicht mehr. Nie Personenverkennung, nie delirante Zustände. Schläft seit 3 Jahren unruhig, schreit oft auf; ob sie dabei wach ist, wurde nicht festgestellt. Hat in der letzten Zeit Alles

verkehrt gemacht, sich verkehrt angezogen. Isst seit Langem wenig; häufig Erbrechen, aber immer nach Trunkexcessen. War vollkommen gleichgiltig geworden gegen die Familie und überhaupt Alles, ausser dem Trinken. Zu Weihnachten wieder starker Spirituseonsum; fühlte sich seitdem krank, verlangte ins Hospital. Am Tage der Einlieferung noch klar, war sie Tags darauf verwirrt, sprach irre und wurde wegen Delirium hierher verlegt.

Grosse, kräftig gebaute Frau, schlaffe Muskulatur, schlechter Ernährungszustand. Stumpfer, verständnissloser Gesichtsausdruck. Glaubt im Allerheiligenhospital[1]) zu sein, weiss nicht, dass sie eben von dort hierhergefahren wurde. Auch zeitlich unorientirt.

Verharrt hier in schlaffer Apathie. Nicht delirant. Sitzt still im Bett und betrachtet stumpfsinnig, ohne Verständniss, ihre Umgebung. Erscheint ein wenig benommen. Fasst Fragen schwer auf, versteht aber doch Alles; führt Aufforderungen sehr langsam aber richtig aus. Sie antwortet selten und nur mit grosser Anstrengung; meist bleibt sie die Antwort ganz schuldig, „döst" vor sich hin, als ob sie die Frage nichts anginge. Reproducirt nur mit vieler Mühe unter häufigem Versprechen und Vergessen die einfachsten Personalangaben, braucht viel Zeit, um Zahl und Namen der Kinder anzugeben. Spricht, während sie nach ihrem Vater gefragt wird, fortwährend von ihrem Manne. Nur durch beständiges Wiederholen der Fragen gelingt es, die Hauptsachen von ihr zu erfahren. Hat meist bei der nächsten Frage schon vergessen, um was es sich bei der vorigen handelte, und antwortet, ohne Rücksicht auf den Gedankengang, das Nächstliegendste auf die jetzige. Kann dem Gespräch nicht folgen, haftet, wenn ein neues Thema berührt wird, noch im Bereich des vorigen. Grosse Unsicherheit in zeitlichen Angaben. Obwohl sie ihr Gedächtnissmaterial im Allgemeinen schwer reproducirt, macht sie doch über ihre früheste Vergangenheit leidlich gute Angaben, wenn es gelingt, ihr die Fragen in Erinnerung zu erhalten; bezüglich der jüngsten Vergangenheit dagegen völlige Amnesie, ergänzt den Ausfall durch verlegene träge Confabulationen.

Pupillen gleichweit, reagiren gut. Keine Augenmuskelstörung; keine Facialisparese; Zunge gerade, zittert; Tremor der Hände; Reflexe gesteigert; kein Fussclonus; Sensibilität an der Streckseite der Unterschenkel herabgesetzt, im Allgemeinen indolent gegen Stiche. (Giebt nicht ordentlich Auskunft.) Muskulatur der Beine druckempfindlich, desgleichen die Nervenstämme an Ober- und Unterextremität, besonders Ischiadicus und Medianus. Händedruck beiderseits, zumal L, sehr schwach, motorische Kraft der Beine, speciell der Fussstrecker, stark herabgesetzt. Gang breitbeinig, schwankend, die Füsse schleifen am Boden. Kein Romberg; keine Ataxie. Ueber der l. Lungenspitze geringe Dämpfung des Klopfschalles, Athemgeräusch verschärft, spärliche Rasselgeräusche; sonst innere Organe frei. Urin frei. Keine Temperatursteigerung. Sehnervenpapille beiderseits lebhaft geröthet,

[1]) Hiesiges städtisches Krankenhaus.



trüb, an der nasalen Seite undeutlich begrenzt, an der temporalen eine kleine sectorenförmige Abblassung. Sieht nebelig, wie durch einen Schleier, erkennt nur grobe Gegenstände. Keine articulatorische Sprachstörung.

Sehr schlechte Merkfähigkeit, vergisst aufgegebene Worte und Zahlen sofort; eine Aufgabe (4×17) kann sie nach mehrfachen vergeblichen Versuchen, sie auszurechnen, nicht richtig wiederholen.

5. Januar. Liegt gänzlich ohne Interesse zu Bett, kümmert sich nicht um die Umgebung, äussert weder Wünsche noch Beschwerden. Isst und schläft gut.

Bei Explorationen nun ganz attent, antwortet aber seufzend mit sichtlicher Anstrengung.

Sehr defekte Kenntnisse. Als officielle Persönlichkeiten nennt sie die Namen der früheren, z. B.: Kaiser? „Wilhelm I.“ Reichskanzler? „Bismarck.“ Bringt es nicht fertig, ein paar Geldstücke zusammenzuzählen, oder auch nur die Stückzahl anzugeben, sie zählt mechanisch über die Zahl der Stücke hinaus ruhig fort und nennt als Resultat eine zuerst angegebene Zahl immer wieder.

Immer ist sie geneigt, das ihr Bequemste, Geläufigste zu antworten, so nennt sie, nach dem Jahr der Verheirathung gefragt, das Geburtsjahr. Wird über ihre Jugendzeit erforscht, macht einige richtige Angaben und dann: danach sei sie krank geworden und seitdem hier. Kommt auch häufig zu keiner Antwort, obwohl sie die Frage verstanden hat und sie wiederholen kann.

Während sie auf Fragen nach der Orientirung sonst immer stereotyp antwortete: im Allerheiligenhospital seit 14 Tagen, kommt sie, wenn ihren Gedankengang gerade andere Vorstellungen beherrschen, zu Confabulationen darüber, z. B.:

Wo zur Schule?	Richtig beantwortet.
Name des Lehrers?	Richtig beantwortet.
Des Pfarrers, der Sie confirmirte?	Richtig beantwortet.
Was nach der Schule gemacht?	Laufmädchen bei J.
Wie lange?	Nicht lange.
Was dann?	Dann hat meine Jüngste geheirathet.
Wie alt als Laufmädchen?	15 Jahre.
Wie lange Laufmädchen?	1 Jahr.
Dann?	Hutmachen gelernt bei P.
Wie lange?	Bis jetzt.
Wann geheirathet?	Ach im Jahre 50 — — 45 und 50 (lacht verlegen).
Wie alt bei der Hochzeit?	27 Jahre.
Was waren Sie damals?	Habe genäht.
Wo?	Bei P.
Seit wann hier?	Nun um 8 fangen wir an.
Was an?	Zu nähen.

Wie lange hier?	Jetzt sind es bald 2 Jahre, dass wir hier nähen.
Wo hier?	Hier für das Geschäft.
Wie lange hier?	Ach, das sind erst 14 Tage.
Was denn?	Nun, dass ich hier genäht habe.
Was ist denn hier?	Ein Keller.
In welchem Hause?	In dem Hause, wo wir wohnen.
Wo ist denn Ihre Familie?	Im I. und II. Stockwerk.
Wer bin ich?	Der Herr Doctor.
Wer die Leute hier?	Die Nachbarschaft.
Warum in Betten?	Nun die wollen alle schlafen gehen.

6. Januar. Gesehene oder getastete Gegenstände bezeichnet sie zumeist richtig. Durchgehends wird immer der erste richtig benannt, während sie bei den folgenden manchmal, aber nicht immer, die richtige Bezeichnung nicht gleich findet, sondern perseverirt, z. B.:

Bürste?	Bürste.
Messer?	Zahnbürste.
(Tastet es.)	Eine Klinge.
Wie nennt man es?	Eine Klinge zu einer Bürste.

Beim Aufzählen auswendig gelernter Reihen wie der Wochentage oder Monate bleibt sie oft stecken, weiss dann nicht mehr, wo sie aufgehört hat, fängt bei einem früheren an und nur, wenn man ihr den letztgenannten immer wieder vorsagt, gelingt ihr die Reihe richtig.

12. Januar. Wird etwas lebhafter, beginnt Initiative zu zeigen. Verlangte von selbst einmal aufzustehen. Die Erinnerungen an Früheres kehren zum Theil wieder; so weiss sie heut, dass sie an Krämpfen leidet und giebt sie als Grund ihrer Anwesenheit hier an. Hat sich auch gemerkt, dass sie einen Besuch hatte.

Zeigt sich heut auch zeitlich ungefähr orientirt (Januar 1901). Geht jetzt sicherer, gerade, mit mehr Kraft.

Bei jeder geistigen Thätigkeit ermüdet sie ungemein rasch. Bei Leseversuchen, wozu sie bisher nicht zu bewegen gewesen, weil es sie offenbar grosse Anstrengungen kostete, ergiebt sich heut, dass sie einzelne Buchstaben richtig erkennt, auch einige Worte richtig liest, doch lehnt sie es nach wenigen Beispielen schon ab. Ganz auffällig ist die Schreibstörung. Ihren Namen schreibt sie leserlich und richtig; bei diktirten Worten sind in dem ersten noch allenfalls Buchstaben zu erkennen, dann wird es nur ein formloses Gekritzel. Noch ausgesprochener ist die Unfähigkeit beim Schreiben einzelner Buchstaben. Wird ihr ein Buchstabe vorgesagt, so sinnt sie sehr lange, ohne dass er ihr einfällt und sie macht schliesslich nur Haken und Striche, bei allen Buchstaben gleichmässig, und perseverirt dabei, indem sie mit dem Gekritzel nicht aufhört, bis man ihr den Bleistift aus der Hand nimmt. Sie erklärt das aber für den verlangten Buchstaben. Zahlen gelingen ihr besser, aber auch hier zeigt sich die merkwürdig starke

Perseveration, z. B. soll sie 136 schreiben, die 1 malt sie richtig, bei der 3 schon macht sie drei Haken, statt zwei (ʒ), und an die 6 hängt sie fortlaufend immer neue und mehr und mehr verstümmelte Sechsen.

Bei ferneren Versuchen, die immer nur in geringer Zahl gemacht werden können, schreibt sie dann gelegentlich einen Buchstaben richtig.

Die Schwierigkeit der Benennung von Gegenständen verlor sich nach den ersten Tagen.

Ihr Verhalten bleibt ein ganz gleichmässiges, sehr einförmiges. Sie sitzt still neben ihrem Bett, starrt stumpfsinnig vor sich hin, zeigt keine Theilnahme für die Umgebung, keine Neigung, sich irgendwie Beschäftigung oder Zerstreuung zu schaffen.

Ihre Merkfähigkeit macht aber bemerkenswerthe Fortschritte:

17. Januar. Fängt an, sich Einzelnes zu merken, so wusste sie am Tage nach einem Besuch noch, wer dagewesen, und kann sich nun von diesem Tage an (Sonntag) in den Wochentagen orientiren. Sonst Orientirung wie bisher: Allerheiligenhospital seit 14 Tagen, trotz wiederholter Aufklärungen. Ein eigenthümliches Verhalten zeigt die Aufmerksamkeit. Patientin soll die Zeit von der Uhr ablesen (einer schwarzen mit schwarzem Zifferblatt, die Jedermann auffällt), es gelingt ihr gerade wegen der Dunkelheit des Zifferblattes erst nach längerem Bemühen, und doch kann sie sofort, nachdem die Uhr eingesteckt worden, nicht angeben, wie sie aussieht, während sie die Zeit, die sie sich merken sollte, wusste und eine Zeit lang behielt: nachdem sie nun aber besonders dazu aufgefordert worden, merkte sie sich auch das Aussehen der Uhr.

Hat sehr geringe Schulkenntnisse. Combiniren kann sie auch das Naheliegendste nicht. Kommt z. B. nicht auf die Ursache des Fliessens der Flüsse, selbst nachdem ihr gesagt worden, dass die Quellen auf den Bergen liegen.

Geht wieder ganz gut. Nervenstämme noch stark druckempfindlich.

23. Januar. Kennt nun ihren Aufenthaltsort, merkt sich auch die Zeit und ist über die Dauer ihrer hiesigen Anwesenheit orientirt. Ihre Umgebung betrachtet sie mit etwas mehr Verständniss und Theilnahme. Geräth bei Fragen nach ihrer jüngeren Vergangenheit wohl in Verlegenheit, confabulirt aber nicht mehr.

Anfang Februar angestellte Untersuchungen zeigen, dass ihr die Erinnerungen aus der Jugendzeit ganz gut zu Gebote stehen, doch fallen sie ihr auch hier schwer bezüglich der Zahlen und Namen und es passiren ihr eine Reihe von Verwechselungen, die darauf hinauslaufen, dass sie an schon Genanntem haften bleibt oder ihr Geläufigeres vorbringt. So giebt sie wieder die Personalien des Mannes anstatt der des Vaters an, nennt die Namen der Kinder anstatt der der Geschwister, bezeichnet als Jahr der Confirmation wieder das kurz vorher genannte des Schuleintritts, als Pfarrer, der sie getraut, wieder den Namen dessen, der sie confirmirt hat. Doch kann sie auf Vorhalt die Fehler aus dieser Zeit alle corrigiren.

Aber schon mit der Zeit der Verheirathung beginnen ganz grobe Lücken ihrer Erinnerungen, in die sich immer wieder die aus der Kindheit hineindrängen. Kann u. A. den Geburtstag ihres ersten Kindes schon nicht angeben, weiss nicht, dass ein Bruder von ihr gestorben ist, weiss nicht, wann eine ihrer erwachsenen Töchter starb etc. Die verschiedenen Wohnungen, die sie nach ihrer Verheirathung innegehabt, kann sie nicht nennen, immer kommt sie wieder auf die der Eltern, und ebenso nennt sie, nach den verschiedenen Wirthen gefragt, stets denselben Namen, den des Wirthes der elterlichen Wohnung.

Je länger solche Prüfungen dauern, desto schlechter werden ihre Antworten, sie werden ganz unüberlegt und einförmig, in Folge immer häufigerer Wiederholungen; z. B. nach ihren Kindern gefragt (nach einer längeren Prüfung):

Wann ist die Liese geboren?	71.
Die Margarete?	Die sind zwei Jahre auseinander (falsch).
Wann geboren?	9. Juni (falsch).
Auf welcher Strasse?	Kirchstrasse (falsch, Wohnung der Eltern!).
Die Klara?	Auch dort (falsch), am 17. Juni (richtig), 2 Jahre nach der Grete (falsch).
Die Ida?	Auch auf der Kirchstrasse. Am 17. Juni, nein, am 24. Juni (falsch), 3 Jahre nach der Klara (richtig).
Der Willy?	Auch auf der Kirchstrasse.
Wann?	??
Die Lene?	Am 17. Juni (falsch).
Welches Jahr jetzt?	91. (!)

Die von der Uhr abgelesene Zeit wird in 10 Minuten richtig wiedergegeben. Mississippi nach 7 Minuten wiederholt. 3456 nach 6 Minuten vergessen, aber wiedererkannt.

Bei wiederholter Prüfung, wenn sie ausgeruht ist, corrigirt sie einen Theil der Fehler immer wieder.

15. Februar. Bleibt orientirt und verhält sich ganz geordnet. Zeigt mehr Interesse, kümmert sich um andere Patienten, beschäftigt sich auch etwas mit Handarbeiten.

Das Lesen gelingt jetzt völlig ohne Fehler, dagegen macht das Schreiben noch grosse Schwierigkeiten. (Patientin ist sehr ungeübt.) Bei dictirten Buchstaben muss sie sich noch lange besinnen, bei dictirten Worten und Sätzen und besonders beim spontanen Schreiben lässt sie eine Menge Buchstaben aus, verstümmelt Worte, zieht mehrere in eins zusammen, dagegen sind Satzgefüge und Ausdruck richtig. Auch beim Abschreiben macht sie Fehler, aber weniger.

27. Februar. Producirt ihre Schulkenntnisse, soweit vorhanden, ganz prompt. Combinirt sehr schlecht, kann nichts überlegen. Rechnet schlecht.

Die von der Uhr abgelesene Zeit kann sie nach 9 Minuten wieder angeben und nach einer $^{3}/_{4}$stündigen Exploration noch.

5. März. Zeigt Einsicht für die Art und die Ursache ihrer Erkrankung. Weiss nun, dass sie im Hospital war, aber nur, weil es ihr gesagt worden, sie selbst hat für die Zeit der Krankheit und eine ziemlich bedeutende, aber nicht genau zu begrenzende Zeit vorher gar keine Erinnerung.

Nervenstämme noch immer druckempfindlich. Herabsetzung der Schmerzempfindung im Peroneusgebiet und mangelhafte Unterscheidung für spitz und stumpf ebenda.

6. März. Auf Antrag der Angehörigen in Familienpflege entlassen.

Man könnte bei vorstehender Krankheitsschilderung mit Rücksicht auf die starke Perseveration einerseits, die rasch sich wiederherstellende Merkfähigkeit andererseits an die Verbindung eines leichten postelepiptischen Stupors, da in der Anamnese von Epilepsie berichtet ist, mit Polyneuritis denken. Indessen beachtet man die gute Aufmerksamkeit, welche die Kranke von vornherein allen Explorationen entgegenbrachte, die Bereitwilligkeit, mit der sie auf sie einging, und sich bemühte, den Anforderungen zu entsprechen, und vor Allem die charakteristischen Confabulationen, mit denen sie ihre wohlempfundenen Defekte zu verdecken suchte, so wird man diese künstliche Annahme wohl fallen lassen müssen und den anfangs so ganz charakteristischen Complex, dem keine der vier Componenten fehlte, dem körperlichen Befunde der ausgebreiteten Neuritis zugehörig anerkennen. Dass sich der Merkfähigkeitsverlust so bald rückbildet, ist hauptsächlich bemerkenswerth im Hinblick auf das Fortdauern der retroactiven Amnesie. Diese Unabhängigkeit beider entspricht aber auch unseren sonstigen Erfahrungen, wir haben dasselbe Verhältniss wiederholt beobachten können. Dass alle Symptome nicht gleich stark ausgeprägt sein müssen, ist ja selbstverständlich, und dass auch in Fällen „chronischen Delirs" die Merkfähigkeit ebenfalls nur wenig geschädigt sein kann, haben wir schon eingangs erwähnt.

Die retroactive Amnesie reicht hier sehr weit zurück. Dass durch sie natürlich nicht alle Erinnerungen von einem bestimmten Zeitpunkt ab ausgelöscht, allen früheren aber unangetastet gelassen werden, ist leicht einzusehen. Die am tiefsten eingeprägten und am innigsten verknüpften Erinnerungen der Jugendzeit überwiegen

über die späteren, aber auch aus der folgenden Zeit bleiben die festesten, eingeschliffensten bestehen. Der Unterschied zwischen der Jugendzeit, wo sie nur wenige Fehler macht, die sie zudem noch corrigiren kann, und der Zeit nach ihrer Verheirathung, aus der sie kaum mehr richtige Angaben macht, ist auch bei Frau D. auffällig genug. Die scheinbaren Widersprüche, mit dem gewöhnlichen Verhalten der Erinnerung, dass sie auch aus der Zeit ihrer besten Gedächtnissleistungen einige Fehler begeht, konnten wir damit erklären, dass sie bei der erheblichen Hemmung das ihr Geläufigere zuerst fand, und dass sie stark perseverirte.

Dieses letztere Symptom ist hier auch keine vereinzelte Beobachtung. In seiner Arbeit „Ueber generelle Gedächtnissschwäche" beobachtete *C. S. Freund*[1]) an einem seiner Fälle, die doch ebenfalls *Korsakow*'sche Psychosen waren, dieselbe Erscheinung und interessanter Weise auch mit derselben Schreibstörung wie hier. Diese letztere, die sich nach den in der Krankengeschichte mitgetheilten Befunden als eine sogenannte „amnestische Agraphie" charakterisirte, war offenbar nur ein mit der allgemeinen Erinnerungshemmung sich am längsten erhaltender Antheil ausgedehnterer localisirter „Amnesien", wie die ähnlichen Erscheinungen auf dem Gebiete der Sprache erkennen lassen. Allerdings waren sowohl bei Frau D. als auch in unserem ersten Falle R. die Schwierigkeiten bei der Bezeichnung von Gegenständen und die paraphasischen Reactionen dabei nur so wenig ausgeprägt, mehr angedeutet, dass hier nicht näher darauf eingegangen werden soll. Indessen ist anzunehmen, dass unter der anfänglichen stuporösen Phase erheblichere Störungen desselben Gebietes verdeckt geblieben sind, die nachher schon in der Besserung waren. Wie *Bonhöffer* hervorhebt und wie auch wir bestätigen können, finden sich in der stuporösen Phase selbst asymbolische Erscheinungen öfters angedeutet, ohne dass sie einer Untersuchung zugänglich sind. Die Erschwerung des Sprachverständnisses war auch in unsern beiden oben zuerst angeführten Fällen wie in anderen nicht zu verkennen. Die noch hier bei Frau D. beobachteten Reste lassen aber die in der Anamnese angeführte Thatsache in einem besondern Lichte erscheinen, dass sie Alles verkehrt gemacht, sich sogar verkehrt an-

---

[1]) Archiv f. Psych. Bd. XX.



gezogen habe. Man kann danach vermuthen, dass es sich auch hierbei um asymbolische und nicht um delirante Erscheinungen gehandelt hat, die ja wohl den Angehörigen auch mehr aufgefallen wären. Die Agraphie ist aber deshalb von Bedeutung, weil sie das stuporöse Stadium überdauert. (In einem anderen Falle sahen wir ebenfalls im amnestischen Stadium das Analoge, dass die Kranke einfache Figuren und Gegenstände aus dem Gedächtniss nicht zeichnen konnte.) *Bonhöffer* berichtet über ganz dieselbe Schreibstörung in einem seiner Fälle, und auch dabei erwähnt er dieselbe mechanische Perseveration, wie im vorliegenden Fall. Hier bei Frau D. zeigte sich das Symptom aber nicht nur in dem automatischen Wiederholen einfacher Bewegungsimpulse, wie beim Schreiben und Geldzählen, sondern auch auf dem sprachlichen Gebiete. Da trat es aber beim Benennen von Gegenständen weniger hervor, als bei der Gedächtnissprüfung, wobei sie ganze Antworten, besonders aber Zahlen und Namen mechanisch repetirte. Deutlich konnte man dabei beobachten, wie dieses Wiedereinschlagen eines einmal gebahnten Weges der Erschwerung der richtigen Reaction parallel ging, denn je grösser die Erinnerungshemmung, die Defekte, waren, desto mehr wiederholten sich ihre Antworten. Aber auch als Funktion der Ermüdung (*v. Söldern*[1]) war die Perseveration hier augenscheinlich; je länger die Prüfung dauerte, desto stärker wurde sie. Ganz besonders instructiv zeigte sich das beim Schreiben in dem oben angeführten Beispiel der Zahl 136, wovon sie die 1 richtig schrieb, bei der 3 anfing und bei der 6 nicht mehr aufhörte, die einmal gemachte Bewegung mechanisch fortzusetzen.

Von einer so starken Beeinträchtigung der Denkthätigkeit wie vorliegend, findet man nun alle Uebergänge bis zu jenen seltenen Formen, in denen die Unfähigkeit, neue Eindrücke zu behalten, thatsächlich die einzige nachweisbare Störung ist. Zumeist aber findet man auch im chronisch amnestischen Stadium die Denkhemmung noch angedeutet, zum Mindesten im Beginn, doch ist sie dann schon auf ein bestimmtes Gebiet beschränkt, wie wir in nachstehender Beobachtung sehen werden, die ein Typus der „apathischen

[1]) *v. Söldern*, Ueber Perseveration, eine formale Störung im Vorstellungsablauf. Jahrb. f. Psych. u. Neurologie 1899.

Verwirrtheit“ ist. Diese Fälle zeigen den amnestischen Complex relativ am reinsten und sind besonders geeignet, ein Licht auf die eigenthümliche Form der Desorientirung zu werfen, die dem Delir tremens in der gleichen Weise zukommt, die aber hier um so auffallender ist, als die Kranken eben nicht delirant sind. Zugleich findet man dabei das eigenthümliche Verhalten der Aufmerksamkeit wieder, das *Bonhöffer*[1]) bei den Deliranten festgestellt hat.

4. Franz K., Ausschänker, 42 Jahre, wurde am 3. December 1894 wegen Delir. tremens aufgenommen.

Von Heredität nichts bekannt. Als Kind kränklich und schwächlich; nicht beim Militär gewesen wegen Schwäche eines Armes. Vor vielen Jahren einmal Lungenentzündung. Lues negatur. Unverheirathet. Als Schänker in einer Brauerei thätig, trank er viel Bier, seit 8—10 Jahren auch Schnaps, vertrug in der letzten Zeit nur noch wenig. Seit einem Jahr schon oft ängstlich, sah vor dem Fenster Gesichter. Seit 28. November a. c. krank; schlaflos, unruhig, sah Kobolde, Hunde, Jungen etc., drehte das Bett um, suchte umher. Keine Gedächtnissschwäche.

In der Anstalt vom 3. December bis 3. Januar. Die Erkrankung ist in der Krankengeschichte als typisches Alkoholdelirium mit verzögerter Einsicht charakterisirt. Bei der Entlassung wird folgender Befund notirt: Leicht euphorisch, ohne wesentliche Defecte, giebt prompte Auskunft, versteht auch complicirtere Fragen. Zunge etwas nach R abweichend, R Pupille etwas grösser als L, beide reagiren, die L etwas weniger prompt, der rechte Facialis bleibt etwas zurück. Keine Sprachstörung. Patellarreflexe leicht auslösbar, gleich, kein Fussklonus. Händedruck stets kräftig.

Von Delir. alcohol. geheilt entlassen. Suspect. Paralys.!

Am 22. August 1899 wieder aufgenommen.

War seit der vorigen Entlassung bei seiner Schwester als Ausschänker thätig, trank viel Bier, weniger Schnaps. Seit einem Jahre gedächtnissschwach, vergesse Alles, was er eben gethan oder gewollt habe. Konnte deshalb nicht ohne Aufsicht gelassen werden, da er sich bei den Zahlungen der Gäste oft irrte, zu viel oder zu wenig herausgab.

Patient liegt in der Anstalt ruhig und apathisch zu Bett, berichtet nur gelegentlich vereinzelte delirante Beobachtungen, so, dass ein Ei über der Lampe hänge. Meist ohne spontane Aeusserungen. Ist gänzlich unorientirt, glaubt in einer Gastwirthschaft zu sein; die anderen Patienten seien erholungsbedürftige Herren, die hier logiren; die zeitlichen Angaben wechseln beständig, bleiben bald mehr, bald weniger hinter der Wirklichkeit zurück.

---

[1]) *Bonhöffer*, Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Habilitationsschrift 1897.

Geht ab und zu aus dem Bett, um seine Sachen zu suchen die er darunter versteckt glaubt; nach erhaltener Aufklärung über seinen Aufenthalt legt er sich wieder hin, doch hat er sie sofort wieder vergessen, wie er überhaupt alle Vorgänge in der Umgebung nach wenigen Augenblicken wieder aus dem Gedächtniss verloren hat. Ueber seine Umgebung, Zweck seines Hierseins befragt, confabulirt er mit geringer Production alltägliche Geschichten nach gewohnten Situationen.

Er ist ganz attent, versteht alle Fragen und antwortet sinngemäss. Ueber seine Person durchaus richtige Angaben, doch zeigt er einen vollkommenen Gedächtnissausfall für die letzten Jahre. Weiss z. B. nicht, dass er die letzten 4 Jahre bei seiner Schwester gelebt habe, nicht, wo sie wohnt, noch wie sie heisst. Weiss nicht, wie hierhergekommen. Hat eine gewisse Einsicht für seine Gedächtnissschwäche, erkennt seine Irrthümer immer mit gemüthlichem, etwas verlegenem Lachen. Im Gegensatz zu dem Gedächtnissverlust producirt er seine Schulkenntnisse, die ganz gute sind, prompt und sicher, rechnet auch gut und zeigt gute Ueberlegung.

Körperlicher Befund: Grosser, kräftig gebauter Mann, guter Ernährungszustand. Musculatur im Allgemeinen schlaff. Pupillen gleich weit, reagiren aber etwas träge auf Lichteinfall. Keine Augenmuskelstörung; keine Facialisparese; Zunge gerade, zittert etwas. Gesicht und Gehör normal. Tremor der Hände. Patellarreflexe fehlen. Romberg'sches Phänomen. Spitz und stumpf, kalt und warm werden im Allgemeinen ungenau unterschieden, Schmerzempfindung an den Unterschenkeln etwas verlangsamt. Gang schleppend, in geringem Grade ataktisch. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Keine Sprachstörung.

Das psychische Befinden blieb in den ersten Wochen ganz gleich, nur traten delirante Erscheinungen nach den ersten Tagen nicht mehr auf. Patient glaubte sich meist in der von früher her gewohnten Umgebung, in einer Dampferhaltestelle, wo seine Schwester einen Ausschank hatte; wollte in die Schenke gehen und helfen. Zeitlich stets gänzlich unorientirt. Den Arzt sprach er aber immer richtig: Herr Doktor an, klagte über Schwäche und Schwindelgefühl beim Gehen, sonst subjectives Wohlbefinden. Schlaf ohne Schlafmittel schlecht.

23. October. Pupillen reagiren gut. Keine Facialisparese. Zunge gerade, zittert nicht, Tremor der Hände; Patellarreflexe fehlen; keine Ataxie; Sensibilität und motorische Kraft nicht herabgesetzt.

Eine am 26. September und die folgenden Tage vorgenommene genaue Untersuchung ergiebt, dass Patient seine Erinnerungen vollkommen beherrscht, bis etwa gegen Mitte bis Ende der 70er Jahre. Er kann seinen Lebensgang bis dahin fehlerlos berichten: nennt Namen der Lehrer, Meister und Dienstherren, die Daten seiner Aufenthalte und Stellenwechsel etc. Ebenso reproducirt er seine Schulkenntnisse sehr gut, kennt die geschichtlichen Ereignisse bis zu denen von 1870/71 mit ihren Zahlen und den betheiligten Personen genau. 1872 trat er als Ausschänker in eine Brauerei

ein. Von der Mitte der 70er Jahre ab wird er in seinen Erinnerungen unsicher, kann von da ab seine verschiedenen Stellungen nicht mehr der Reihe nach aufzählen, weiss nicht, wie lange er bei den einzelnen Dienstherren war, und irrt sich in deren Namen. Doch tauchen auch Ereignisse der 80er Jahre noch unter Nachhülfe auf, wenn auch zusammenhanglos; die letzten 2—3 Jahre sind aber gänzlich aus seinem Gedächtniss gelöscht. Er weiss nicht, was er in dieser Zeit gethan hat, glaubt ohne Beschäftigung gewesen zu sein, kennt, wie oben erwähnt, selbst die Familienverhältnisse seiner Schwester, bei der er lebte, nicht, kennt nicht die Zahl seiner noch lebenden Geschwister, und Aehnliches. Die letzten grossen politischen Ereignisse und die jetzigen officiellen Persönlichkeiten in Staat und Stadt sind ihm unbekannt, nennt dafür die früheren. Merkworte und Zahlen hat er nach weniger als einer Minute vergessen. Von früher her gewohnte Ueberlegungen führt er, wenn auch langsam und mit unterstützenden Zwischenfragen, doch richtig aus, so, weshalb Flüsse fliessen, woher Wechsel von Tag und Nacht, woher der Regen u. a. Wie wenig er aber spontan überlegt, wie gedankenlos seine gewöhnlichen Antworten sind, zeige ein Beispiel vom 30. September:

Wie lange krank? — 3—4 Wochen.
Wie lange hier? — Ueber 8 Tage.
Wo hier? — Dampferhaltestelle.
Was thun Sie hier? — Wegen Krankheit.

Im October schlief er ohne Schlafmittel gut. Das Körpergewicht stieg an. Sein Verhalten blieb ganz und gar einförmig; schlaff und theilnahmlos zeigte er sich während der ganzen hiesigen Beobachtung. Betheiligte sich nie an Unterhaltungen und Spielen; lag am liebsten im Bett; aufgestanden, drückte er sich verloren auf der Station umher, hockte meist stumpfsinnig in einer Ecke und drückte sich, sobald er die Thür zum Schlafzimmer offen fand, wieder in sein Bett. Oertlich und zeitlich blieb er immer unorientirt.

Spontan producirte er nichts, auf Fragen matte Confabulation. Machte man ihn auf seine Umgebung aufmerksam, die seinen Angaben nicht entsprach, so gerieth er in grosse Verlegenheit, doch erst wenn man ihn nach seinem Befinden fragte, oder wenn der Arzt, den er als solchen immer erkannte, ihn nach dem Zweck seines Kommens fragte, kam er darauf, dass er im Krankenhaus sei. Auf die Frage, wie es gehe, antwortete er meist: „Ich danke, der Appetit ist schon besser.“ Seine Krankheit kann er aber nicht charakterisiren.

Anfang November beginnt er gelegentlich sich klarer zu werden über seine Umgebung.

2. November.

Wie geht's? — Es geht so ziemlich, das Essen schmeckt schon besser, ich fühle mich im Kopf so frei.

Wo sind Sie hier?	Das Haus gehört der Schifffahrt.
Wozu sind Sie hier?	Ich bin zum Ausschank hier.
Was sollen die anderen Leute?	Ich glaube, Herr Dr., das sind auch Kranke. (Corrigirt sich nun und sagt:) Ach, ich bin ja wieder verdreht, ich bin ja hier nicht in der Schifffahrt, sondern im Krankenhaus.
Wozu im Krankenhaus?	Wegen meiner Krankheit.
Was ist das für eine?	Das kann ich nicht so benennen.
Was für Kranke sind hier?	Das weiss ich wirklich nicht.
Wie lange hier?	Ungefähr 3 Wochen.

22. November. Patient sucht zeitweise stundenlang nach einem Gegenstand, den er irgend wohin gelegt haben will.

Die Unsicherheit seiner Erinnerungen aus den 80er Jahren ist etwas geringer geworden; seine Orientirungs- und Merkfähigkeit ist noch immer schlecht.

Auch sonst ist er psychisch und somatisch unverändert; als er am 23. November nach dem Armenhaus verlegt wurde.

Der bei der Aufnahme vorhandene und mit geringer Besserung gleichbleibende Symptomencomplex bestand hier vielleicht schon längere Zeit; schon seit einem Jahre ist wenigstens seine Gedächtnissstörung auffällig. Dass die retroactive Amnesie erst mit den so spärlichen Hallucinationen, die auch beim Eintritt in die Anstalt bald wieder verschwanden, resp. mit der ihnen zugrundeliegenden Störung aufgetreten ist, wäre möglich, aber nicht nachzuweisen; dass sie von der Merkfähigkeitsstörung unabhängig ist, haben wir ja oben schon erfahren. Man erkennt aber hier die Schwierigkeit, in solchen Fällen den Beginn der Krankheit festzusetzen, ob man ihn nach den Gedächtnissstörungen, oder nach den die Aufnahme veranlassenden deliranten Erscheinungen als chronischen oder acuten bezeichnen soll?

Obwohl also bei K. hallucinatorische Verfälschungen der Aussenwelt nicht statthatten, obwohl seine Aufmerksamkeit bei allen Prüfungen, zur fehlerlosen Reproduction anamnestischer Daten und Kenntnisse, selbst zur Prüfung seiner Intelligenz vollkommen ausreichte, obwohl keine Sehstörung bestand, war der Kranke doch vollkommen unorientirt über seine Umgebung. Wenn nun beim Deliranten die Desorientirung nach *Bonhöffer*[1]) entsteht

[1]) loc. cit.

aus der Abnahme der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeitsstörung und der ideenflüchtigen associativen Schwäche (dem Intensitätsverlust der Zielvorstellung), so scheinen hier die Bedingungen auf den ersten Blick andere zu sein, bei näherem Zusehen wirken sie aber hier ganz ebenso, nur ausschliesslicher; alle drei Ursachen werden wir aber als Theilerscheinung einer einzigen gemeinsamen Grunderscheinung annehmen können.

Was zunächst die associative Schwäche anlangt, so sei zur Ergänzung der oben nur kurz skizzirten Krankengeschichte angeführt, wie sich der Kranke zu dem Versuch, ihn über seinen Aufenthalt aufzuklären, stellte. Er antwortete zunächst auf die Frage, wo er sei? mit seinem bisherigen Aufenthaltsort, der Dampferhaltestelle. Wies man ihn aber auf die Umgebung hin, so erkannte er wohl die einzelnen Dinge richtig, er nannte den Arzt „Herr Doctor", sah einen Saal mit Betten, in denen Leute lagen, aber er konnte diese einzelnen Componenten nicht zu dem Gesammtbegriff „Krankenhaus" combiniren. Brachte man ihn aber darauf, was mit einiger Nachhilfe gelang, so zog er aus der so gewonnenen Kenntniss noch immer keinen Schluss, die Zielvorstellung blieb ungeweckt, und wieder gefragt, wo er sei? gab er dieselbe Antwort wie vorher: „an der Dampferhaltestelle". Diese Combinationsstörung verschwand sehr bald. K. erkannte dann die Umgebung wohl als „wie ein Krankenhaus", zur Correctur der ihn beherrschenden Vorstellung über seinen Aufenthalt kam es aber damit doch nicht, er fügte ihr vielmehr die neue Beobachtung einfach hinzu und erklärte nun den Raum für einen bei der Dampferhaltestelle befindlichen Erholungsraum für krankgewordene Reisende. Die Behinderung der Schlussbildung zeigt sich auch weiterhin, in anderen Fällen genau wie hier bei K., in einem kritiklosen Nebeneinanderstellen einander widersprechender Vorstellungen. Er antwortete hintereinander, er sei drei Wochen krank, seit acht Tagen hier, hier sei das Haus der Schifffahrt, und er sei wegen Krankheit hier; erst gegen Ende November ist in der Krankengeschichte erwähnt, dass er wieder richtig schliesst und aus der Thatsache, dass er unter Kranken ist, die richtige Folgerung zieht.

Dass diese Combinations- und Denkerschwerung keine allgemeine ist, ersieht man schon aus der Krankengeschichte, die erwähnt, K. überlegt ganz richtig: er combinirt sein altes Gedächtniss-

material wie sonst. Zwar fanden wir auch bei ihm, wie in anderen gleichen Fällen, dass das Rechnen mit mehrstelligen Zahlen, oder das Beschreiben eines wohlvertrauten Weges grosse Schwierigkeiten macht, indessen sind das auch complicirtere Aufgaben, die eine gewisse Merkfähigkeit erfordern. Gerade gegenüber der für Gewohntes guten combinatorischen Leistung ist die Schwierigkeit, gegenwärtige Sinneseindrücke und zwar fast gleichzeitige, wobei der Merkfähigkeitsverlust nicht in Frage kommt, zu combiniren, sehr bemerkenswerth. Für den hier interessirenden Orientirungsverlust aber kommt sie wenig in Betracht, sie verschwindet erstens sehr bald, in den meisten Fällen sind aber die Kranken in diesem Stadium sehr wohl imstande, Alles richtig aufzufassen und zu erkennen, und doch gewinnen sie damit die Orientirung keineswegs. Wenn nun ein solcher ganz lucider Kranker, der Alles erkennt und nicht delirant ist, über seinen Aufenthalt eine der Umgebung vollkommen widersprechende Vorstellung hat, so ist daran in erster Linie die absolute Vernachlässigung der äusseren Eindrücke auffällig. Sie beruht nun zu einem Theil, wie beim Deliranten, auf dem eigenthümlichen Verhalten der habituellen Aufmerksamkeit. Spontan bemerken die Kranken den Widerspruch überhaupt nicht, sie äussern die in ihnen lebende Vorstellung, ohne die Umgebung im geringsten zu beachten. Erst nach ausdrücklichem Hinweis beobachten sie sie, gerathen nun in Verlegenheit und deuten sie entsprechend um, oder kommen auch für den Augenblick zu einer oberflächlichen Orientirung, die bald wieder vergessen wird und nur in der charakteristischen Umgebnng des Krankenzimmers möglich ist. Für die mangelnde Ansprechbarkeit der Aufmerksamkeit haben wir oben bei Frau D. das Beispiel mit der Uhr kennen gelernt, sie merkte sich sehr wohl die Zeit, nach der sie gefragt war, die schwarze Farbe des Ziffernblattes aber, die ihr gerade Schwierigkeiten beim Ablesen gemacht hatte, blieb ganz unbeachtet, bis sie besonders darauf aufmerksam gemacht war. Ganz ebenso findet man im Allgemeinen, dass selbst unbekannte Worte und Zahlen, die zum Merken aufgegeben werden, behalten werden, während Vorgänge in der Umgebung, worauf die Aufmerksamkeit nicht besonders hingelenkt wurde, im Moment vergessen sind. Ausnahmen machen bei nicht hochgradiger Herabsetzung der Merkfähigkeit besonders auffallende oder von Affect begleitete Erlebnisse. Aber selbst bei

angespannter Aufmerksamkeit, die, wie es scheint, die volle Leistungsfähigkeit der normalen hat (vergl. *Bonhöffer* l. c.), werden die äusseren Eindrücke nicht wie normal verarbeitet, sondern umgedeutet und unterdrückt, sobald sie im Widerspruch mit einer den Kranken augenblicklich beherrschenden Vorstellung stehen. Das lehrreichste Beispiel dafür gab wieder Frau D. Sie, die glaubte, im Krankenhause zu sein, wohin sie verlangt hatte, und auf Befragen sonst immer diese Auskunft gegeben hatte, war, nachdem ihre Erinnerung an eine frühere Arbeitsstätte im elterlichen Hause lebendig geworden war, nun nicht mehr fähig, das Krankenzimmer als solches zu erkennen, sie erklärte es für diese Arbeitsstätte, einen Keller im Hause ihres Vaters, und selbst der Hinweis auf die Anwesenheit des Arztes, der Betten und Kranken blieb ohne erwarteten Erfolg, sie machte daraus ganz in der Art eines Deliranten und ebenso kritiklos die Nachbarn, die eben schlafen gehen. Eine andere Kranke, welche ebenfalls nicht hallucinirte, klar und aufmerksam war und richtig auffasste, identificirte kurz hintereinander zwei an Wuchs, Farbe und Gesammthabitus grundverschiedene Aerzte mit demselben Dritten, den sie von früher her kannte.

Das Wesentliche an dieser Vernachlässigung der Aussenwelt ist aber, dass *gegenwärtige Wahrnehmungen*, *obwohl in sinnlicher Lebendigkeit gegeben*, *nicht imstande sind*, einmal die *Aufmerksamkeit* in normaler Weise *anzuregen*, dann aber nicht den *Gedankenablauf* in *gewöhnlicher Weise zu bestimmen* und vor Allem nicht aus der Erinnerung stammende, im *Bewusstsein der Kranken augenblicklich wirksame Vorstellungen zu verdrängen und zu corrigiren*. Mit anderen Worten: *sie werden nicht im Bewusstsein verarbeitet*.

Damit sind sie aber keineswegs verloren. Wie *Bonhöffer* hervorhebt, werden die scheinbar ganz unorientirten Kranken doch durch Elemente der Umgebung beeinflusst, sie glauben in einem Militärlazareth oder ähnlich wo zu sein. Noch besser aber erkennt man in diesem chronischen Stadium an dem Verhalten der Kranken, dass eine wenn auch unbewusste Erkennung und Verwerthung trotz mangelnder Orientirung doch statt hat. Nur in der ersten Zeit und gewöhnlich nur, so lange die Aussenwelt noch durch delirante Hallucinationen verändert wird, benehmen sich die Kranken dem Inhalt ihrer Wahnvorstellung entsprechend, später aber unter-

scheiden sie sich in ihrem Verhalten im Anstaltsgetriebe nicht von einem völlig Orientirten, ja sie benutzen die Umgebung sogar ganz zweckmässig, wenden sich mit Wünschen und Beschwerden an den Arzt, klagen ihm ihre Leiden, nehmen an den Einrichtungen und der Anstaltsordnung Theil, wie der Kranke K. schon zu einer Zeit, da er noch fest glaubte, an der Dampferhaltestelle zu sein, während er dagegen nie den Versuch machte, die anderen Kranken als die Gäste zu behandeln, für die er sie auf Befragen erklärte. Wir stossen hier auf eine Erscheinung, die im Verhalten der retroactiven Amnesie, wie *Bonhöffer* ausführte, ganz in derselben Weise zu Tage tritt, dass die aus der Erinnerung gelöschten Erfahrungen, obwohl sie nicht reproducirt werden können, doch weiter wirksam bleiben; ebenso sind also auch die neuen Eindrücke, die scheinbar gar nicht aufgenommen werden, wohl vorhanden und können verwerthet werden, was wir im Weiteren auch an den Eigenthümlichkeiten des hier vorliegenden Merkfähigkeitsverlustes nachweisen können.

Schon *Korsakow* stellte fest, dass die Kranken durchaus nicht etwa unfähig sind, Eindrücke aufzunehmen, er machte die Beobachtung, dass sie sie sogar festhalten und gelegentlich reproduciren; es kehrten die Eindrücke der jüngsten Vergangenheit, aber noch nach Jahren Erlebnisse aus der Zeit der aufgehobenen Merkfähigkeit wieder. Er schloss daraus, dass die Gedächtnissspuren latent haften bleiben und nur nicht ins Bewusstsein treten. *Bonhöffer* bekämpft diese Auffassung, erwähnt aber selbst einige Beispiele, die beweisen, dass ein einfacher Merkfähigkeitsverlust nicht besteht. So tauchte ein Bild, das die Kranke vergessen zu haben schien, später „scheinbar zufällig" wieder auf. Dahin gehört auch, dass Elemente der Umgebung in die verfälschte Deutung der Aussenwelt doch hineinbezogen werden und dass delirante Erlebnisse später als Confabulationen wieder vorkommen. Diesen *Bonhöffer*'schen schliesst sich folgende Beobachtung von uns an: Eine Frau bemüht sich lange, die Zeit von der Uhr (mit schwarzem Zifferblatt) abzulesen; sie bringt es nach längerem Bemühen zustande, hat aber die Zeit sofort wieder vergessen. Die nunmehrige Frage nach dem Aussehen der Uhr setzt sie in Erstaunen, woher sie das wissen solle? Auf die Entgegnung, dass sie die Uhr doch eben gesehen habe, braucht sie die Ausrede, sie habe sie nicht so genau angesehen,

kann sich aber in der That nicht erinnern, eine Uhr überhaupt gesehen zu haben. Nachdem nun längere Zeit andere Prüfungen mit ihr vorgenommen waren, wurde scheinbar absichtslos die Frage gestellt: „Haben Sie meine Uhr schon einmal gesehen?“ und überraschenderweise erfolgt die Gegenfrage: Die schwarze?“

Eine häufige Beobachtung, die schon *Korsakow*[1]) erwähnt, ist die, dass man, an das Bett herantretend, von den Kranken, die gar nicht wissen, dass sie krank und im Krankenhause sind, und die den Arzt doch erst in ihrer kranken Zeit gesehen haben, ganz richtig „Herr Doctor“ angeredet wird. Solche und ähnliche Erfahrungen wird man in jedem einzelnen Falle wieder machen können; nach tagelangen Zwischenräumen kehren mitunter die vermeintlich nicht gemerkten Ereignisse wieder und besonders in der Reconvalescenz tauchen noch nach langer Zeit solche im Bewusstsein empor, wie wir übereinstimmend mit *Korsakow* angeben können und wie wir unten noch zeigen werden. Man gewinnt so sehr bald die Ueberzeugung, dass die neuen Eindrücke, soweit die Aufmerksamkeit auf sie gerichtet war, in der That wie sonst festgehalten werden, dass sie nur nicht reproducirt werden können und zwar nicht willkürlich. Wo in der acuten Zeit neue Erlebnisse wiederkehren, geschieht es, wie es *Bonhöffer* auffiel und wie auch wir immer wieder bestätigt fanden, unter nicht zu fixirenden Bedingungen, aber immer zufällig, niemals absichtlich und bewusst. Noch deutlicher als in dem zuerst erwähnten Beispiel mit der Uhr wurde das in dem zuletzt erwähnten Falle. Wir konnten uns wiederholt davon überzeugen, dass, wenn die Kranken auch bei der Begrüssung „Herr Doctor“ sagten, sie doch gleich darauf gefragt, wer man sei? irgend eine andere Person ihrer früheren Bekanntschaft nannten. Obwohl also die Sinneseindrücke haften bleiben, stehen sie der bewussten Verarbeitung nicht zur Verfügung, so dass sie weder willkürlich reproducirt, noch auch dazu benützt werden können, eine falsche Vorstellung von der Umgebung zu corrigiren. Ebenso sind nun auch die durch die associativen Hemmungen in der retroactiven Amnesie unzugänglich gewordenen Erinnerungen, wie

---

[1]) *Korsakow*, Erinnerungstäuschungen (Pseudoreminiscenzen) bei polyneuritischer Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVII.

Bonhöffer ausführte, nicht verloren, aber auch sie sind dem Bewusstsein nicht mehr verfügbar, so dass das Individuum mit dem Bewusstsein seiner Persönlichkeit an dieser Grenze stehen geblieben ist. Natürlich sind nicht alle Erinnerungen, wie wir oben schon erwähnt haben, von einem bestimmten Zeitpunkt ab ausgelöscht, sondern je nach ihrer Werthigkeit; so sind s. B. meist die für das Persönlichkeitsbewusstsein wichtigen Erinnerungen für eine viel spätere Zeit erhalten, als die allgemeinen, die sehr weit zurück verloren gegangen sein können (s. o. Frau D.). In der Zeit aber, die den erhaltenen Erinnerungen über die eigene Person entspricht, leben die Kranken wirklich. *Bonhöffer* will darin eine besondere Lebhaftigkeit der Erinnerungsbilder an der Grenze des Ausfalles sehen, die der Orientirung hinderlich wäre. Eine solche Lebhaftigkeit der erhaltenen Vorstellungen müsste man aber allen früheren überhaupt zuschreiben. Wie wir schon oben an verschiedenen Beispielen zeigten, wird die Aussenwelt immer unterdrückt, sobald Vorstellungen aus irgend einer früheren Zeit den Gedankengang erfüllen. Diese werden aber in der That in grosser Lebhaftigkeit gerade durch die unterdrückten äusseren Eindrücke angeregt. Am besten kann man das an den Verlegenheitsconfabulationen der Kranken sehen; diese sind nämlich zu einem grossen Theile gar keine Confabulationen, sondern wirkliche Erinnerungen, die durch irgendwelche Sinneswahrnehmungen erweckt, auf die gegenwärtige Situation aufgepfropft werden. So berichtete, um nur ein Beispiel zu erwähnen, eine Frau, die den Arzt mit „Herr Doctor“ begrüsste, auf die Frage, woher sie den Arzt als solchen kenne, er habe sie doch behandelt, und erzählt nun von einer überstandenen Krankheit und bedankt sich für die Medicin, die ihr so gut gethan habe. So naheliegend nun eine solche Confabulation gewesen wäre, so liess sich doch feststellen, dass sie ein um mehrere Jahre zurückliegendes Factum getreu wiedergegeben hatte mit Einschluss der Art der Medicin und des Namens des Arztes. Diese Art der „Erinnerungfälschungen“ sind nur zu einem kleinen Theil Fälschungen, zum anderen wirkliche Erinnerungen zumeist an die gewohnten Beschäftigungen, Unterhaltungen und Zerstreuungen, die nur in die Gegenwart verlegt sind, da ja den Kranken ein Theil ihrer Vergangenheit gegenwärtig geworden ist. Diese Erinnerungen werden nun häufig auch durch

augenblickliche Wahrnehmungen wachgerufen, wie in dem angeführten Falle eine gegenwärtige Situation eine gleiche aus der Vergangenheit mit allen begleitenden Umständen erweckt hatte, wobei, wie wir es ja schon kennen, die neuen und widersprechenden Eindrücke aus der jetzigen Umgebung einfach unterdrückt wurden. Für diesen Vorgang könnte man nun in der Lebhaftigkeit der erweckten Erinnerungen eine Erklärung finden, indem man annähme, dass die Sinnesreize ganz allgemein die ihnen zugehörigen Sinnesbilder, zwar nicht in sinnlicher Deutlichkeit wie im deliranten Zustande, aher doch noch mit solcher Stärke anregten, dass die ursprünglichen Reize dadurch gedämpft und übertönt würden. Auch hierbei würden die neuen Eindrücke, wenn sie auch ihre Spuren hinterlassen mögen, nicht zum Bewusstsein kommen. In Wirklichkeit bleibt ja auch nur das Neue, bisher im Bewusstseinsinhalt nicht vorhandene, unverarbeitet, während das mit früheren Erfahrungen Uebereinstimmende richtig erkannt wird und auch die diesen entsprechenden Erinnerungsbilder weckt. Den wiedererweckten Bewusstseinsvorgängen müsste aber auch das fehlen, was sie in Gegensatz zu früheren Erregungen setzt, die Zeitmarke, da ja auch diese erneute Erregung sofort vergessen wird. Ohne die Annahme einer Veränderung des Wahrnehmungsvorganges überhaupt wird man also nicht auskommen, wofür ja auch das Verhalten der Aufmerksamkeit spricht. Aber auch dann wird die fragliche Erklärung nur für die Zeit ausgeprägter Hemmungen zutreffend sein, für die ein solcher Vorgang wahrscheinlich ist. Das eigentlich Charakeristische des Merkfähigkeitsverlustes selbst aber zeigt sich gerade in dem Stadium, in welchem von associativen Hemmungen nichts mehr zu merken ist.

Hier wird das vorhandene Gedächtnissmaterial ohne jede Beeinträchtigung oder Schwierigkeit verwendet, wie früher; die Sinneseindrücke werden mit vollem Verständniss und ganz bewusst aufgenommen, sie wecken die zugehörigen Erinnerungsbilder und werden wie sonst aufbewahrt, aber können trotzdem nicht willkürlich wiedererweckt und auch nicht wiedererkannt werden, wenn sie sich wiederholen. Eine Störung des objektiven materiellen Vorgangs am Associationsablauf wird man hier kaum mehr annehmen können und die Veränderung scheint wirklich nur die zu sein, dass die neuen Erfahrungen nicht als persön-

liche Erlebnisse im Bewusstsein festgehalten sind. Ihre Erinnerungsbilder würden sich etwa verhalten wie die von Eindrücken, die bei abgelenkter Aufmerksamkeit so nebenher aufgenommen werden, die ebenfalls im Unbewussten schlummern, nicht willkürlich wiedererweckt, aber gelegentlich aus dem Dunkel auftauchen können; und doch sind sie hier unter einer Aufmerksamkeit erworben, die, wie alle Beobachter anerkennen, der normalen an Leistungsfähigkeit wenig nachgiebt. Auch für dieses Stadium ist also die *Korsakow*'sche Auffassung noch zutreffend, doch scheint uns seine Erklärung, dass nämlich die „Gedächtnissspuren" zwar stark genug, um aufbewahrt, aber zu schwach seien, um ins Bewusstsein zu treten, schwer mit dem anscheinend ganz normalen Ablauf der Associationsvorgänge, die doch auch normale Spuren hinterlassen müssten, vereinbar.

Wie man sich aber die Vorgänge erklären möge, jedenfalls sahen wir, dass auch für den Polyneuritiker gilt, was *Bonhöffer* vom Deliranten sagt, dass ihm „die elementare Eigenschaft der gesunden Psyche, neue Erfahrungen mit dem alten Bewusstseinsinhalt zu associiren, fehlt", und zwar für das acute und einen grossen Theil des chronischen Stadiums, ehe die Rückbildungsvorgänge einsetzen. Unter deren Wirksamkeit fangen dann die Kranken an, wieder neue und zwar erst ganz vereinzelte Erfahrungen in ihr Bewusstsein aufzunehmen und entsprechend zu verarbeiten, sei es nun, dass es aus der deliranten Zeit stammende, bisher nur unbewusst aufbewahrte Erinnerungen sind, oder von aussen kommende neue Wahrnehmungen. Besonders dort, wo die übrige Verarbeitung der Aussenwelt nur eine ganz ungenügende ist, bekommt das chronische Stadium dadurch ein ganz eigenartiges Gepräge. Diese plötzlich auftauchenden Erinnerungen an ein eigenes Erlebniss geben, da einerseits corrigirende Vorstellungen nicht vorhanden sind, und andererseits die gewöhnliche Denkthätigkeit sich ihrer nun bemächtigen kann, häufig Anlass zu systematisirten Wahnbildungen. *Korsakow*[1]) und *Ranschoff*[2]) berichteten

---

[1]) *Korsakow*, Erinnerungstäuschungen bei polyneuritischer Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVII.

[2]) *Ranschoff*, Ueber Erinnerungstäuschungen bei Alkoholparalyse. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LIII.

von solchen Wahnbildungen und ersterer wies darauf hin, dass sie erst in der Reconvalescenz auftreten. Letzterer dagegen machte auf den Widerspruch aufmerksam, den die Merkfähigkeit in diesen Fällen zeigt, indem die Wahnideen selbst und was mit ihnen in Verbindung gebracht wurde, nie vergessen wurden, während alles übrige, selbst mit Affekt einhergehende Erlebnisse, wie Besuche der Angehörigen, nicht behalten wurde. Aber gerade diese Unterschiede beweisen, wie es auf die bewusste Verarbeitung bei diesem Merkfähigkeitsverlust ankommt. Diese von innen heraus entstehenden Erzeugnisse eigener bewusster Gedankenthätigkeit können natürlich nicht vergessen werden, ebensowenig die mit ihnen verknüpften, also dem Bewusstseinsinhalte angefügten Erlebnisse, während alles übrige eben bis zu einer Verbindung mit ihm noch nicht durchgedrungen ist. Dass in der That ein Unterschied zwischen den inneren subjectiven Vorgängen und den von aussen herantretenden besteht konnten wir in einem sehr merkwürdigen Beispiel einmal direkt beobachten. Eine Frau, die vor ihrer Aufnahme in Folge einer falschen Beschuldigung des Diebstahls viel Aerger und Aufregung hatte, gab an, durch den grossen Aerger krank geworden zu sein; als Ursache dieses nannte sie aber den um mehrere Jahrzehnte zurückliegenden Tod zweier Söhne. Den starken Affekt, also das rein subjective innere Erlebniss hatte sie behalten, während der äussere Anlass, das auslösende Moment in der weit zurückreichenden retrograden Amnesie begraben war. Wie an frühere Eindrücke, so knüpfen die Kranken auch an gegenwärtige Beobachtungen an, die ihnen bisher entgangen waren. So vermisste einer unserer Kranken eines Tages nach mehrmonatlichem Aufenthalt plötzlich Uhr, Portemonnaie und Brieftasche, die ihm bei seiner Aufnahme abgenommen waren. Er zog daraus den Schluss, dass sie ihm die vergangene Nacht gestohlen worden seien, und wollte weder glauben, dass er sie den Tag vorher auch nicht gehabt, noch merkte er sich die ihm gegebene Aufklärung. Er blieb bei seiner Annahme und bezeichnete einen anderen Patienten als den wahrscheinlichen Thäter, weil der ja schon vorbestraft sei. Hier haben wir nun ein Beispiel, wie gelegentlich Dinge reproducirt werden und dem Bewusstseinsinhalt angegliedert werden, deren Erwerb man für ausgeschlossen hätte halten sollen. Der Kranke, der um diese Zeit noch völlig unorientirt war, in einem Militär-

lazareth in Frankreich während des französischen Krieges zu sein glaubte, und alle Vorgänge, Ereignisse, Beschäftigungen sofort vergass, überraschte nun plötzlich mit der Kenntniss dieser Einzelheit aus dem Vorleben des anderen, von der er gelegentlich einmal gehört haben musste, und die er nun ganz richtig anwandte. So können Erlebnisse aus der Zeit der schlechten Merkfähigkeit später erinnert werden und erhalten bleiben. Auch von den gegenwärtigen Eindrücken werden immer mehr einzelne erst besonders lebhafte behalten, bis dann, manchmal sehr rasch und plötzlich, die Ereignisse wieder eine fortlaufende Reihe persönlicher Erlebnisse bilden, die zeitliche Orientirung wieder vorhanden ist. Die ersten Neuerwerbungen fallen aber ganz besonders auf, weil sie eine Zeit lang isolirt bleiben und das sonst noch ganz darniederliegende eigene Denken des Kranken allein beherrscht. Handelt es sich um affektbetonte Vorstellungen, so setzen sie sich dauernd fest und es kommt zu systematisirter Wahnbildung, wie in den Fällen *Korsakow*'s und *Ranschoff*'s. Auch in unserem Falle ist ja ein Ansatz dazu vorhanden. Etwas Anderes aber war hier noch bemerkenswerth. In Folge der Einengung, der schlechten Merkfähigkeit und der Unfähigkeit, sich selbst Correction zu verschaffen, kommt es zu einer Erscheinung, die man als psychisches Gegenstück zu den oben erwähnten elementaren Vorgängen der Perseveration bezeichnen könnte; es wird spontan immer nur dieser eine Gedanke producirt, der zu einem geradezu lächerlich wirkenden Automatismus werden kann. Die Klage um den Verlust seiner Sachen brachte der Kranke, von dem zuletzt die Rede war, durch Wochen und Monate, Tag für Tag so oft vor, als er eines Arztes ansichtig wurde; selbst zu einer Zeit, da seine Merkfähigkeit schon wieder ganz gut war, wiederholte er die so oft schon widerlegte Ansicht, dass sie die letzte Nacht weggekommen. Etwas Aehnliches ist oben in den Krankengeschichten R. und K. erwähnt in der fortwährenden Wiederholung alter, längst überstandener Beschwerden und in dem stundenlangen Suchen nach einem vermeintlich verlegten Gegenstande. Abgesehen von diesen Leistungen sind die Kranken, und viele bleiben es dauernd, ohne jede geistige Produktion. Sie bleiben stumpf und interesselos und sie erwecken auf den ersten Blick den Eindruck einer Demenz, gegen den in überraschender Weise bei Explorationen

ihre gute Aufmerksamkeit, die wohlerhaltenen, manchmal nicht geringen Kenntnisse und das gute Urtheil abstechen.

In den geschilderten chronischen Krankheitsfällen haben wir es also mit den Defectsymptomen, die *Bonhöffer* beim Delirium tremens festgestellt hat, isolirt zu thun, ohne dessen Reizsymptome, aber in Verbindung mit einer stärkeren Hemmung der associativen Thätigkeit und dem Auslöschen ganzer Erinnerungsreihen aus der Zeit vor der Erkrankung, die dem Delirium tremens fremd ist. Die Reizerscheinungen können sich nun in einer acuten und einer chronischen Form hinzugesellen, in ersterem Fall bleibt der amnestische Complex nach einem Delirium tremens zurück, im zweiten besteht das chronische Delirium, das von vornherein einen asthenischen Charakter trägt und nach unserer Erfahrung die Fälle mit schweren Degenerationen der Muskeln und Nerven oder mit complicirender Tuberculose begleitet. Hier überwiegen wider die Reizsymptome und in manchen Fällen können die Defektsymptome so leicht sein, dass nach Abklingen des Deliriums, wenn ausnahmsweise einmal nicht der Tod eintritt, völlige Heilung eintreten kann. Zumeist bleibt auch hier ein dauernder Defect wie in den anderen Fällen zurück. Beim Ueberwiegen der associativen Hemmungen kann es bis zu völligem Stupor kommen; manchmal lassen sich localisirte Störungen selbst elementarer associativer Complexe nachweisen, wie die „amnestischen“ Sprach-, Schreib- und Lesestörungen und die Asymbolie. Dem reinen „amnestischen Stadium“ gehören die Hemmungssymptome, wenn sie auch anfangs die Merkfähigkeits- und Gedächtnissstörung noch begleiten, nicht mehr an. Die Desorientirung ist noch zum Theil auf die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und die associative Hemmung neben dem Merkfähigkeitsverlust zurückzuführen, indess sahen wir, dass die Hemmung sich bald nur auf die neuen Sinneseindrücke bezieht; während die Aufmerksamkeit bei jeder Anregung eine vollkommene war und während mit dem erhaltenen Gedächtnissmaterial ganz ohne Störung operirt wurde, vermochten doch die äusseren Eindrücke spontan noch nicht die Aufmerksamkeit in normaler Weise anzuregen und vermochten nicht eine falsche Vorstellung über die Aussenwelt zu corrigiren. Gerade das führte uns zu der Annahme, dass dieser Erscheinung und dem Merkfähigkeitsverlust eine gemeinsame Störung des Wahrnehmungsactes zu Grunde liegen muss. Die Merk

fähigkeitsstörung als solche kann auch mit dem Gedächtnissausfall zusammen die örtliche Desorientirung nicht bewirken, da es sich doch um das Erfassen fast gleichzeitiger mit einem Blick zu übersehender Eindrücke handelt, die ausserdem andauern und also zusammenwirken müssten, wenn sie überhaupt wirkten. Aber dieselbe Veränderung, welche verhindert, dass die neuen Eindrücke, obwohl sie aufbewahrt werden, willkürlich reproducirt werden können, verhindert anfangs auch ihre sofortige bewusste Verarbeitung. Dass sie im Wahrnehmungsvorgang selbst zu suchen ist, dafür spricht auch die verschiedene Localisation der Merkstörung in verschiedenen Sinnesgebieten, die *Liepmann*[1]) und *Bonhöffer*[2]) constatirt haben. Für gewöhnlich ist die optische geringer und ihre Grundlage bessert sich bald soweit, dass zuerst die sinnlichen Eindücke wieder zu einer momentanen Orientirung, die allerdings ausserhalb der entsprechenden Umgebung anfangs noch vergessen wird, verarbeitet werden, dann bessert sich die eigentliche Merkfähigkeit. Schliesslich kann auch die zeitliche Orientirung wiederkehren; fast immer aber bleibt eine Schädigung der Merkfähigkeit und die mangelhafte Reaction auf die Aussenwelt, Stumpfheit und Interesselosigkeit zurück. Die retroactive Amnesie, die sonst sehr bald sich zurückbildet und nur noch den Defect für die Krankheitszeit bestehen lässt, haben wir mehrmals selbst bei schon vorhandener zeitlicher Orientirung fortbestehen sehen, besonders, soweit sie nicht persönlich wichtige Erinnerungen betraf. Wahrscheinlich können auch diese Erinnerungen, wenn sie nicht wieder neu erweckt werden, dauernd ausfallen.

---

[1]) *Liepmann*, Demonstration eines Kranken mit polyneuritischer Psychose. Sitzungsbericht der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur 1898.

[2]) loc. cit.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

63. Sitzung am 21. März 1901.

Vortrag des Herrn Geheimen Medizinalrath Dr. *Weber* (Sonnenstein): Ueber die Frage eines Reichsirrengesetzes.

Der Vortragende geht bei der Erörterung der Frage aus von der bekannten Sitzung des Reichstages vom 16. Januar 1897, in welcher der vom Abgeordneten Dr. *Kruse* amendirte Antrag des Abgeordneten *Lenzmann* angenommen wurde, „die verbündeten Regierungen zu ersuchen, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher die Grundsätze feststellt, wodurch die Aufnahme, die Aufenthaltsverhältnisse und die Entlassung von Geisteskranken in resp. aus den Anstalten reichsgesetzlich geregelt werden“. Er giebt eine eingehende Schilderung der der einstimmigen Annahme dieses Antrages vorausgehenden Diskussion, weist namentlich darauf hin, dass alle Redner mit Ausnahme etwa des Abgeordneten Dr. *Kruse*, in den gegenwärtigen Verhältnissen die schwersten Missstände erblickten, den Irrenärzten ausgesprochenes Misstrauen entgegenbrächten, die „Einsperrung“ Gesunder in den Anstalten als ein sehr häufiges Vorkommniss bezeichneten und auch der Vertreter der verbündeten Regierungen sich dahin ausspräche, dass auf dem Gebiete des Irrenwesens Manches gesündigt worden und es gut sei, wenn die bessernde Hand an mangelhafte Rechtszustände auf diesem Gebiete gelegt werde.

Der Vortragende hält die genaue Darstellung der Vorgänge im Reichstage für unerlässlich. Es handle sich nicht nur um theoretische Erörterungen darüber, ob und in welcher Form ein Reichsirrengesetz zu erstreben sei, sondern vor Allem um die Frage, wie sich praktisch unter den gegebenen Verhältnissen ein solches Gesetz voraussichtlich gestalten würde. Wenn ein Reichsgesetz nur unter Mitwirkung des Reichstags zu Stande kommen könne und die in demselben herrschenden Anschauungen für Inhalt und

Richtung des zu erfassenden Gesetzes massgebend sein dürften, sei es in erster Linie von Interesse, zu erfahren, welche Motive die gesetzgebende Körperschaft zu dem Wunsche nach einem Irrengesetz führten, welche Schäden sie damit zu beseitigen gedenke, welche Mittel ihr geeignet erscheinen, dieses Ziel zu erreichen. Und darüber gebe die Sitzung des Reichstags vom 16. Januar 1897 ausreichende Belehrung. Niemand, der sich nicht die Mühe genommen habe, den stenographischen Bericht über die Sitzung nachzulesen, würde glauben, wie viel Unverstand in derselben zu Tage gefördert, mit welcher Leichtfertigkeit und absoluter Unkenntniss der Verhältnisse die schwersten Beschuldigungen und Verleumdungen, die abenteuerlichsten Behauptungen in die Welt gesetzt worden sind, ohne dass sich ihnen gegenüber ein erheblicher Widerspruch erhoben hat. Es sei schwer erklärlich, wie in einer Versammlung gebildeter und erfahrener Männer eine so vollständige Unkenntniss der thatsächlichen Verhältnisse herrschen könne, man könnte billig voraussetzen, dass diese Männer über Dinge, über die sie öffentlich reden, wenigstens einigermassen sich instruiren sollten, man könne auch kaum glauben, dass sie wirklich nichts von dem erfahren haben sollten, was seit Decennien auf Anregung der Irrenärzte zum Besten der Geisteskranken gethan worden sei, die Thatsache aber stehe fest, dass das eben der Fall sei, ebenso wie die Thatsache, dass dieser Reichstag in voraussichtlich ganz ähnlicher Zusammensetzung über die Gestaltung eines eventuellen Irrengesetzes entscheiden werde. — Wenn ein mit den thatsächlichen Verhältnissen Vertrauter, dem der Fortschritt in der Irrenfürsorge am Herzen läge, an die Frage eines Irrengesetzes heranträte, so werde er in erster Linie von dem Gedanken geleitet sein, es solle durch dasselbe Gewähr dafür geleistet werden, dass den Geisteskranken überall ausgiebige Hilfe gebracht werde und Einrichtungen zu deren sachgemässer Behandlung und Pflege getroffen würden. Davon sei aber im Reichstage gar nicht oder nur ganz beiläufig die Rede, als Motiv zur reichsgesetzlichen Regelung der Irrenfürsorge stelle sich so gut wie ausschliesslich die Ueberzeugung dar, dass unzählige, „tausende und abertausende“ Gesunde in die Irrenanstalten eingesperrt und darin zurückgehalten würden und dass das verhindert werden müsse. Der Gedanke, dass die Anstalten eine Wohlthat für die Kranken seien, dass der Zweck derselben in erster Linie doch die zweckmässige Behandlung und Wiederherstellung der Pfleglinge sein soll, schienen dem Reichstag ganz fern zu liegen, es sei lediglich die Rede vom „Einsperren“, „Unschädlichmachen“, „Beiseitebringen“ u. s. w. und der Antragsteller *Lenzmann* erkläre dann auch klipp und klar, dass die Unterbringung eines Kranken in einer Irrenanstalt nur so aufgefasst und gehandhabt werden dürfe, wie die Massnahme, einen wüthenden Hund an die Kette zu legen, um ihn unschädlich zu machen.

Nun sei ja, wie für die Juristen im Verein zu bemerken sei, natürlich nicht ausgeschlossen, dass, wie in allen menschlichen Dingen, auch in der

Diagnose einer Seelenstörung ein Irrthum vorkommen und auf Grund eines solchen unter tausend Fällen vielleicht einmal ein Nichtirrer in eine Irrenanstalt gelangen könne, thatsächlich nachgewiesen sei aber ein solcher Fall niemals und speziell seien alle die Personen, die in jener Reichstagssitzung als gesund und zu Unrecht „eingesperrt" bezeichnet worden seien, zweifellos psychisch krank gewesen. Auch von dem Ref. seien unter etwa 12000 in seiner Anstalt erfolgten Aufnahmen nicht ein einziges Mal der Versuch constatirt worden, einen nicht Geisteskranken der Anstalt zuzuführen. Und wenn auch ein derartiger Fall wirklich vorkommen sollte, so sei unter den heutigen Anstaltsverhältnissen die Zurückhaltung eines Gesunden in der Anstalt fast undenkbar.

Der Grund, warum gerade in den letzten Jahrzehnten mit dem Fortschritt der Wissenschaft, der humanen Behandlung der Kranken, mit der freundlicheren Gestaltung iher Unterkunft die Klagen über ungerechtfertigte Verbringung von nicht geisteskranken Personen in die Anstalten sich häuften, liege seines Erachtens neben dem Einfluss einer sensations- und skandalbedürftigen Presse gerade in der humanen und freien Behandlung der Kranken. Die vermeintlich gesund eingesperrten Persönlichkeiten, die ihre Qualen in Broschüren etc. zu Markte brächten, seien fast ausnahmslos Paranoiker oder Träger psychischer Degenerationszustände, die sich äusserlich ja meist geordnet und besonnen zeigten und ihren Gedanken zusammenhängenden Ausdruck zu geben vermöchten. Diese unheilbaren Kranken seien früher mit der Aussenwelt kaum mehr in Berührung gekommen, während ihnen jetzt freier Spielraum geboten sei, ihre verrückten Machwerke der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Selbstverständlich sei nicht zu wünschen, dass die früheren Zustände zurückkehrten, vielmehr zu hoffen, es werde Korrektur jener falschen Anschuldigungen dadurch herbeigeführt werden, dass die Schranken zwischen der Irrenanstalt und der Aussenwelt immer mehr fielen, die Vorgänge in ersterer immer offener sich abspielten und schliesslich auch der in Vorurtheilen Befangene sich davon überzeugen werde, dass hinter „den Mauern des Irrenhauses" nichts Besonderes vorgehe, wenigstens nichts, was den Blick verständiger Menschen zu scheuen hätte.

Frage man nun, was geschehen solle, um die vermeintliche Einsperrung gesunder Menschen beziehentlich deren Entmündigung zu verhüten, so laute die Antwort im Reichstage darauf, eine Commission von Laien, von „unbefangenen, unabhängigen, ehrenwerthen Bürgern" solle darüber entscheiden, ob eine Person geisteskrank sei und ob sie in eine Anstalt gebracht werden dürfe, eine Anstalt, die immer mit dem Gefängniss parallelisirt wird. — Man könne aber eigentlich etwas Widersinnigeres sich nicht ausdenken, als zur Entscheidung über eine wissenschaftlich-technische Frage (Diagnose einer Krankheit und Wahl der Heilmittel) express Leute zu bestellen, die von ihr nicht das Mindeste verstehen. Es käme auch Niemand auf den Gedanken bei anderen wissenschaftlichen Problemen,

speziell anderen Krankheitsdiagnosen einen so verkehrten Weg einzuschlagen, nur bezüglich der Geisteskrankheit solle er der richtige sein. Es läge das offenbar daran, dass der Laie ungemein schwer zu der sicheren Erkenntniss gelange, eine Geisteskrankheit sei eine wirkliche Krankheit wie eine andere, eine Gehirnkrankheit, die vom technisch-wissenschaftlichen Standpunkt aufgefasst werden müsse und zu deren Beurtheilung in schwierigeren Fällen (eine vorgeschrittene Lungenschwindsucht und dergleichen wird ja ein Laie auch richtig erkennen können) ein erhebliches Mass spezieller Vorbildung und Erfahrung gehöre.

Man denke sich nur einmal praktisch die Thätigkeit einer solchen Laiencommission, — eine Familie ist durch das krankhafte Gebahren eines ihrer Mitglieder in die grösste Bedrängniss versetzt, es sind die compromittirendsten Dinge vorgekommen oder es zeigt sich Selbstmorddrang oder Neigung zu gewaltsamen Handlungen, schleunige Hilfe thut dringend not und nun solle in diesem vor Bestürzung und Rathlosigkeit erfüllten Haus, für welches vielleicht Diskretion eine Lebensfrage ist, nicht etwa ein Familienrath, sondern ein Congress unbefangener Männer Session nehmen und darüber diskuriren, was es hier eigentlich gebe, beziehentlich, gehoben durch das Gefühl vollständiger Unwissenheit seinen Rath geben, was nun zu thun sei! — Der Referent habe das Vorstehende so ausführlich behandelt, weil man sich über die an den massgebenden Stellen herrschenden Anschauungen klar sein müsse, bevor man den Wunsch nach Erlass eines Reichsirrengesetzes ausspreche, und möchte die Frage folgendermassen stellen:

1. Ist ein Reichsirrengesetz zur Zeit nothwendig?

2. Wenn nicht, — ist doch ein solches Gesetz prinzipiell wünschenswerth?

3. Ist es unter den obwaltenden Umständen wünschenswerth?

Die Frage ob ein Reichsirrengesetz nothwendig sei, glaubt der Referent nicht bejahen zu sollen. Er wolle annehmen, dass das Reich competent sei zum Erlass eines Irrengesetzes für ganz Deutschland. Ein Schritt in dieser Richtung sei allerdings bisher nicht versucht worden und es scheine schon danach, dass die Nothwendigkeit einer reichsgesetzlichen Regelung der Materie sich noch nicht dringend geltend gemacht habe. Es sei auch dem oben erwähnten Antrage des Reichstages bis jetzt nicht Folge gegeben worden und das sei leicht erklärlich. Die Fürsorge für die Irren habe sich in den einzelnen Bundesstaaten in sehr verschiedener Weise entwickelt und es würden daher der vollständig gleichmässigen Regelung des Irrenwesens viele Schwierigkeiten sich entgegenstellen. Diese Schwierigkeiten würden indess nicht unüberwindlich sein, es frage sich aber, ob zur Erreichung des zu erstrebenden Zieles ein allgemeingiltiges Gesetz nothwendig sei. Referent glaube es aus folgenden Gründen nicht. Erstens sei das ganze Gebiet der Entmündigung der Geisteskranken und ebenso die strafrechtliche Stellung derselben bereits reichsgesetzlich beziehentlich ein-

heitlich geregelt. Einer Aenderung des Entmündigungsverfahrens aber bedürfe es einerseits nicht, da es im Wesentlichen wohl allen Anforderungen entspreche, andrerseits werde man kaum daran denken können, dasselbe jetzt schon wieder zu ändern, beziehentlich die betreffenden Bestimmungen einem besonderen Irrengesetz einzuverleiben. Was aber die strafrechtlichen Beziehungen anlange, so bestehe zwar vielfach und auch in dem Verein der Wunsch, dass bezüglich des § 51 des Straf-Gesetz-Buches eine Aenderung im Sinne verminderter Zurechnungsfähigkeit vorgenommen werde; sie könne aber eben im Rahmen des Straf-Gesetz-Buches selbst erfolgen. — Zweitens sei es fraglich, ob für die übrigbleibende Materie — namentlich also die Aufnahme in die und die Entlassung aus der Spezialanstalt, die Anstaltsverwaltung, die obere Leitung des Anstaltswesens, die Einrichtung der Controle u. s. w. — die Bestimmungen in einem Gesetz festzulegen seien oder ob hierfür der Weg der Verordnung vorbehalten werden solle wie bisher. Nach dem Erachten des Referenten verdienten, mindestens für alle Einzelbestimmungen, Verordnungen den Vorzug. Ein Gesetz solle den Charakter des Dauernden, Benutzbaren haben, es solle an ihm möglichst wenig verändert werden. Nun sei aber sehr zu hoffen, dass in unserem Irrenwesen noch recht viel Veränderungen vor sich gehen, Verbesserungen nach den verschiedensten Seiten hin, und diesen Veränderungen werden sich Verordnungen viel leichter anpassen als Gesetze. Es sei beispielsweise die Frage der Aufnahme und Beibehaltung der Kranken in den Anstalten erwähnt, die ja bei dem Wunsche nach einem Irrengesetze im Reichstage ganz im Vordergrunde stehe. Man dürfe erwarten, dass unsere Anstalten sich immer mehr dem Typus gewöhnlicher Krankenhäuser mit offenen Thüren nähern, dass mit ihnen Abtheilungen für Nervenkranke in Verbindung gebracht werden, dass der Verkehr mit der Aussenwelt immer weniger beschränkt werde, dass die Behandlung und der Aufenthalt in der Anstalt für die Kranken immer angenehmer und behaglicher sich gestalten werde und dass in Folge dessen einestheils der freiwillige oder doch wenigstens nicht zwangsmässig ausgeführte Eintritt in die Anstalt immer häufiger werde, anderntheils auch die im Publikum spukende Befürchtung der „Einsperrung" nichtgeisteskranker Personen viel von ihrem Schrecken verlieren würde. Es brauchten dann sicher die Aufnahmebedingungen nicht so rigoros zu sein, wie sie es jetzt mit Rücksicht auf das herrschende Misstrauen noch sein müssten, durch Verordnung könne aber im Interesse der Hilfsbedürftigen viel leichter Milderung erfolgen als auf dem umständlichen Wege der Reichsgesetzgebung. — Drittens genügen den wesentlichsten Bedürfnissen die in den einzelnen Bundesstaaten erlassenen bezüglichen Verordnungen und zwar am meisten gerade in den Punkten, die im Reichstage in der angedeuteten Richtung als besonders reformbedürftig bezeichnet worden seien. Auf die in den einzelnen Bundesstaaten geltenden Bestimmungen wolle Referent heute nicht näher eingehen, nur auf die bezüglich der Privatanstalten ergangenen Anordnungen, speziell auf die

Sächsische Verordnung vom 9. August 1900 und die Preussische Verordnung vom 26. März 1901 hinweisen, — ein grösseres Mass von Cautelen bezüglich des Rechtsschutzes der Kranken, als namentlich in der letzten Verordnung (wie Referent näher ausführt) geboten sei, könne man sich kaum denken. Natürlich bliebe namentlich für die Irrenärzte, den geltenden Verordnungen gegenüber eine grosse Zahl von Wünschen im Interesse der Kranken übrig, es läge aber gar kein Grund vor, zu bezweifeln, dass sie durch einzelstaatliche Bestimmungen mindestens eben so sicher der Erfüllung zugeführt werden könnten als durch Reichsgesetz.

Immerhin wäre aber, wie auf anderen Gebieten, auch auf dem Gebiete der Irrenfürsorge eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung der Verhältnisse wenn auch nicht dringend nothwendig, so doch in abstracto ganz wünschenswerth. Natürlich könnte es sich dabei nur um die Aufstellung und Festlegung einer Reihe von Grundsätzen handeln, während die Bestellung der dazu erforderlichen Organe den Einzelstaaten vorzubehalten wäre. Ein derartiges Gesetz sollte Alles enthalten, was auf die Irrenfürsorge Bezug hat. Es wären daher in demselben auch diejenigen Punkte zu beachten, welche bisher überhaupt kaum oder doch nicht genügende Berücksichtigung gefunden haben, der Geist des Gesetzes aber müsste der eines Wohlthätigkeitsgesetzes sein und bleiben, das überall die Heilung der Geisteskranken in den Vordergrund stellt und nicht darauf ausgeht, den Rechtsschutz der Person in einseitiger Befangenheit allen anderen Rücksichten zum Opfer zu bringen. So hätten die Grundsätze z. B. zu fordern, dass überall die erforderliche Zahl von Spezialanstalten für die Geisteskranken vorhanden seien, dass eine Scheidung zwischen heilbaren oder doch besserungsfähigen Kranken einerseits und völlig unheilbaren, geistig entarteten und körperlich siechen andrerseits stattfinde, dass die Anstalten in Bezug auf ihre hygienischen Verhältnisse, auf Ernährung, wohnliche Unterbringung, Behandlung der Patienten allen berechtigten Anforderungen entspreche, dass die Leitung der Anstalten durch dazu in jeder Beziehung qualificirte ärztliche Directoren gesichert sei, für hinreichend zahlreiche, wissenschaftlich gut ausgebildete Aerzte, ein gutgeschultes, ausreichend besoldetes Pflegepersonal gesorgt sei, die centrale Leitung und wirksame Controle der Anstaltsbetriebe in den Händen wirklich sachverständiger, mit der erforderlichen Machtvollkommenheit ausgerüsteter Persönlichkeiten sich befinde, dass weiter die staatliche Fürsorge auch auf die nicht in Anstaltspflege befindlichen Geisteskranken sich erstrecke und dergleichen mehr, nicht aber in der Hauptsache nur die Bedingungen und Voraussetzungen der Aufnahme und Entlassung von Kranken zum Gegenstand haben. Die anderwärts bereits bestehenden Irrengesetze seien (wie Referent speziell am französischen Irrengesetze näher erläutert) in allen diesen Beziehungen wenig verlockend, auch sie seien vorwaltend vom Misstrauen getragen, dass Gesunde in die Anstalten eingebracht werden könnten, und enthielten eine Menge von umständlichen und vexatorischen Vorschriften, die in Wirklichkeit doch ihren Zweck ver-

fehlen dürften. Halte Referent nach dem Gesagten die einheitliche Regelung des Irrenwesens in Deutschland zur Vermeidung mancher Unzuträglichkeiten (es sei nur an den Betrieb von Irrenanstalten durch geistliche Orden etc. erinnert) durch ein Reichsgesetz an sich für ganz wünschenswerth, so möchte er sich doch unter den zur Zeit obwaltenden Umständen gegen eine solche Regelung aussprechen. Man müsse bestimmt erwarten, dass bei den Anschauungen, die im Reichstage offenbar massgebend seien und etwaige abweichende Meinungen unbedingt beherrschten, und bei der mangelhaft geklärten öffentlichen Meinung ein Reichsirrengesetz kein Wohlthätigkeitsgesetz in unserem Sinne werden, vielmehr zweifellos einen Rückschritt bedeuten und das Wohl der Kranken, deren Pflege wir uns zur Lebensaufgabe gemacht haben, auf das Empfindlichste beeinträchtigen würde. Es würde einen Kampf mit Windmühlen, gegen Gefahren, die gar nicht existiren, zur Darstellung bringen, einen sachlicher Fortschritt aber sicher nicht herbeiführen. Wenn man als Grundbedingung einer guten Gesetzgebung hinstellen müsse, dass sie nur aus der genauesten Kenntniss der einschlägigen Verhältnisse hervorgehen könne, so müssten wir uns zur Zeit dessen bescheiden, dass diese Bedingung bezüglich der Geisteskranken bei einem gesetzgebenden Faktor im Reich nicht erfüllt ist und daher Bedenken tragen, die gesetzgeberische Thätigkeit des Reichs auf diesem Gebiete anzueifern.

Referent habe sich im Wesentlichen nur die Frage vorgelegt, ob gegenwärtig ein Reichsirrengesetz wünschenswerth sei, er behalte sich aber vor, später, vielleicht im Verein mit einem Juristen, auf die Frage einzugehen, wie nach den in dem Verein obwaltenden Anschauungen und nach Massgabe der anderwärts gemachten Erfahrungen ein allgemeines Irrengesetz sich etwa zu gestalten haben werde.

64. Sitzung am 18. April 1901.

1. Discussion zu dem *Weber*'schen Vortrag.

Discussion: Herr Hofrath Dr. *Ganser*: Würde eine Laiencommission vor der Aufnahme noch Prüfungen anzustellen haben, so würde das zweifellos eine noch grössere Verlängerung der Zeit zwischen der Stellung des Aufnahmeantrages und der Aufnahme bedeuten, also ein Nachtheil für die Kranken sein. Die Einsetzung einer Laiencommission an sich würde ja nur eine Entlastung für die Irrenärzte sein, deren Verantwortung z. B. in den Stadtasylen für Irre in Aufnahmeangelegenheiten besonders gross ist — namentlich bei Degenerirten und bei Trinkern. Eine Laiencommission würde dem Redner z. B. rücksichtlich dieser Entlastung zuweilen nicht unwillkommen sein. Einstweilen sei die Sicherheit gegen unberechtigte Aufnahmen und ungerecht verzögerte Entlassungen durch Verordnungen gewährleistet.

Herr Geheimrath Dr. *Weber* (Sonnenstein) hat keine Bedenken gegen controlirende Ueberwachungscommissionen, kann sich jedoch z. B. von einer

aus Laien zusammengesetzten Aufnahmecommission keinen Erfolg versprechen, auch bei Entlassungsschwierigkeiten sei die Entscheidung für Laien nicht unbeträchtlich — nur die Zuverlässigkeit der Aerzte sei ein definitiver Schutz gegen unberechtigte Aufnahmen und verzögerte Entlassungen. Ausser von Behörden und Aerzten könne er sich höchstens Vortheil von einem Familienrath versprechen.

Herr Hofrath Dr. *Ganser* plaidirt für die Commissionen, die aus Aerzten und Laien zusammengesetzt sind, die in strittigen Fällen bei Aufnahmen in Wirksamkeit treten sollten und dem Misstrauen, das in weiten Kreisen des Volkes gegen die Irrenärzte nun einmal besteht, zu steuern vermöchten. Derartige Commissionen könnten durch Verordnung eingeführt werden; ein Reichsirrengesetz sei hierfür nicht nöthig.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker* hält es doch für wünschenswerth, schon jetzt die Grundsätze eines Reichsirrengesetzes festzulegen, in dem nicht nur Aufnahme und Entlassung, sondern auch ärztliche Gesichtspunkte der Heilung zu behandeln sind.

Die Versammlung beschliesst für die Festlegung dieser Grundsätze zu einem Reichsirrengesetz eine gemischte Commission einzusetzen, in welche 2 Juristen und 2 Irrenärzte gewählt werden.

2. Herr Hofrath Dr. med. *Ganser* berichtet sodann über den gerichtsärztlich von ihm explorirten Kohlenarbeiter K., der am 6. März 1901 seine Frau und 3 Kinder im Säuferwahnsinn getödtet hat. K. ist erblich belastet, gut begabt, war jahrelang Bierkutscher, hatte einmal Delirium und trank durchschnittlich mindestens für 30 Pfennig Schnaps. Vor einigen Jahren machte er im Anschluss an eine Verletzung ein Delirium durch, zuletzt war er als Kohlenarbeiter angestrengt thätig. Seit dem 2. März fühlte er sich unwohl, am 5. äusserte er Verfolgungsideen. Bald nach der That kam er zur Beobachtung ins Stadtirrenhaus Dresden. Auf Anfrage gab er Auskunft, von allein sprach er nichts und verlangte nichts und stand noch unter dem Einfluss zusammenhängender Sinnestäuschungen des Gesichts und des Gehörs. Sein Vater erschien ihm als todter Hund, er sah die Hölle, hörte, er solle sich aufhängen, 6 bis 7 Männer machten „das Teufelsspiel". Er hatte grosse Angst vor der Hölle und hörte Einen sprechen, er würde erlöst, wenn er die Anderen wegschaffe. Er sah ein Rad, aus dem ihm ein Strick zugeworfen wurde, diesen Strick solle er fangen, um mit dem Rad herumgeschleift zu werden. Liesse er sich nicht herumschleifen, so müsse er ewiglich in der Hölle brennen. Seine Frau und seine Kinder hätten ihn nun gehindert jenen Strick zu erfassen, sie seien ihm im Wege gewesen, deshalb hätten ihm die Stimmen gerathen, sie zu tödten. An die Tödtung hatte Patient nur summarische Erinnerung. Bald nach der Aufnahme ins Stadtirrenhaus treten die Gesichts- und Gehörstäuschungen zurück. Auch sei K. seitdem immer noch traurig, aber keineswegs erschüttert gewesen. Er habe wieder gut geschlafen und am Körpergewicht zugenommen. Bald habe er sich mit der That abgefunden. Sei K. gegenüber

jenem fürchterlichen Vorgange auch im Ganzen stumpf, so könne er in seiner Intelligenz doch keineswegs als so tiefstehend erachtet werden, dass eine Entmündigung wegen Geisteskrankheit zulässig wäre. Dass K. die Handlung im Säuferwahnsinn begangen habe, sei zweifellos, ein strafrechtliches Einschreiten sei daher nicht beanzeigt und soviel Referent wisse, auch nicht beabsichtigt. Was solle in Fällen wie dem vorliegendem werden, der eine klare Illustration dafür sei, dass jeder Alkoholdelirant, selbst der, welcher Tage lang ruhig sei, in jeder Stunde auch wieder sehr aufgeregt, also gefährlich werden könne? Bei K. liege zufällig die Sache einfach; denn er komme voraussetzlich mit seinem Einverständnisse in eine heimathliche Anstalt im Ausland. Was könne in praktisch schwierigeren Fällen im Interesse der öffentlichen Sicherheit geschehen?

In der sich an diese Frage anschliessenden Debatte, an der sich die Herren Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*, Oberarzt Dr. *Bressler* — Freiburg —, Medizinalrath Dr. *Donau*, Landrichter *Döhn*, Hofrath Dr. med. *Ganser*, Justizrath Dr. *Helm* und Amtsgerichtsrath Dr. *Weltz* betheiligen, kam man zu dem Ergebnisse, dass bei Personen wie K. die Voraussetzungen zur Entmündigung wegen Trunksucht als gegeben zu erachten seien, wobei gemäss §§ 680, 646 C. P. O. in Verbindung mit § 9 des Gesetzes zur Ausführung der C. P. O. und Ko. vom 20. Juni 1900 auch die Gemeinde des Wohnsitzes oder Unterstützungswohnsitzes des zu Entmündigenden den bezüglichen Antrag stellen könne; solche Leute „gefährdeten die Sicherheit Anderer“ im Sinne von § 6 III, B. G. B.

65. Sitzung am 31. Mai 1901.

1. Herr Assessor *F. Oertel*: Alkoholismus und Criminalität im Landgerichtsbezirk Dresden während des Jahres 1900.

Es bedurfte nicht erst des sogenannten Mörchinger Officiermordes und des Löbtauer Falles Kunte, um den innigen Zusammenhang zwischen Trunksucht, mag diese nun eine chronische sein, wie offenbar bei Kunte, oder in einem Rausch, wie bei Rüger, in Erscheinung treten, und dem Delikt darzuthun. Allerdings wirkten die beiden Vorgänge, insbesondere, da sie zeitlich eng zusammenfielen, so augenfällig für die breite Oeffentlichkeit, dass selbst Demjenigen, der der Bewegung gegen die Trunksucht völlig fernsteht, die Ueberzeugung von dem Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Strafthat sich mit Nothwendigkeit aufdringen musste. Ganz besonders ist es der Mörchinger Fall, der eine beredte Sprache redet und der zeigt, dass das Verbrechen unter Führung des Alkohols selbst in Kreisen seinen Eingang findet, in denen sonst die Criminalität eine ganz minimale zu sein pflegt. Für Denjenigen aber, der durch seine berufliche oder sonstige Thätigkeit auf dem hier in Frage kommenden Gebiete nur einigermassen bewandert ist, ist es eine feststehende Thatsache, dass der Alkoholismus einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Steigen und Fallen der Criminalität ausübt. Um so mehr fiel es mir auf, dass einer

unserer bedeutendsten Rechtslehrer, Professor *Seuffert* in Bonn, in einem vor einiger Zeit in der hiesigen Gehestiftung über die Bewegung im Strafrecht in den letzten 30 Jahren gehaltenen überaus lehrreichen Vortrage, in dem er sehr interessante Aufschlüsse über die Criminalität in Deutschland gab, mit keinem Worte — wenn ich mich recht erinnere — auf die Trunksucht, als eine Ursache des Anwachsens der Strafthaten zu sprechen kam. Es mag allerdings sein, dass bis jetzt noch kein ausreichendes Zahlenmaterial vorliegt, um daraus mit Sicherheit Schlüsse in der beregten Richtung und namentlich für einen so grossen Zeitraum zu ziehen, denn meines Wissens hat sich bis jetzt sowohl die amtliche als auch die officielle Statistik verhältnissmässig wenig mit dieser wichtigen Frage beschäftigt. Die Statistik ist aber, wie *Seuffert* mit Recht ausführte und an mehreren Beispielen erläuterte, wenn sie nicht sehr vorsichtig gehandhabt wird, eine nicht ungefährliche Wissenschaft, welche leicht dazu verführt, auf Grund mangelhaften Materials falsche Schlüsse aufzubauen. Das ist leider auch auf dem Gebiete der Alkohol-Statistik geschehen, ja man hat es auch nicht verschmäht, Zahlen, die auf Grund statistischer Erhebungen gefunden worden waren, aus dem Zusammenhange zu reissen und in reclamehafter Weise zu verwerthen. So ist vor nicht zu langer Zeit in der Presse verbreitet worden, es würden in Deutschland jährlich 150 000 Menschen wegen Strafthaten verurtheilt, die sie in der Betrunkenheit begangen hätten, und es seien jährlich etwa 600 Gastwirthe und 2200 Kellner und Kellnerinnen an den Folgen der Trunksucht gestorben. Die Richtigkeit dieser Zahlen an sich soll garnicht bezweifelt werden, allein, ohne in Zusammenhang mit anderen Zahlen gebracht, geben sie ein ganz falsches Bild und verleiten zu übertriebenen Folgerungen. — Es muss daher die Aufgabe jeder Statistik sein, bei Sammlung des Materials und bei dessen Verwerthung so vorsichtig wie möglich zu verfahren und nicht etwa in dem Bestreben, möglichst sensationelle Resultate zu bringen, hohe, aber unzuverlässige Zahlen aufzustellen, ein Verfahren, durch das der guten Sache nicht gedient ist. Jede private Statistik aber — und das gilt in erhöhtem Masse von meinen heutigen Mittheilungen — darf nur als Versuch, als Studie aufgefasst werden; lediglich eine amtliche, von einheitlichen Gesichtspunkten unternommene Statistik wird, wenn nicht absoluten, so doch sehr erheblichen wissenschaftlichen Werth beanspruchen dürfen. — Was speciell die Criminal-Statistik anlangt, so wird sie um so schwieriger aufzustellen sein, je grösser der Bezirk ist, der das Material liefern soll; denn die den Bezirk umfassende Behörde wird, je grösser sie ist, um so mehr vom Princip der Arbeitstheilung beherrscht; die Sammlung des Materials wird also von einer Mehrzahl von Personen besorgt werden müssen, ein Umstand, der, da die subjective Anschauung bei jedem Einzelnen eine Rolle mitspielt, die Einheitlichkeit gefährden kann. Es wird also darauf ankommen, in der betreffenden Behörde, falls keine Centralstelle besteht, eine Unterabtheilung zu finden, die die besten Voraussetzungen zu einer möglichst einheitlichen

Bearbeitung bietet. In grossen Landgerichten ist dies meines Erachtens die Eröffnungskammer, die sogenannte „Anklagekammer". In ihr — um dies beiläufig für die Herren Nichtjuristen zu bemerken — laufen die sämmtlichen Anklagen der einzelnen Staatsanwälte wie in einem Sammelbecken zusammen, werden geprüft und gesichtet und gehen dann in der Regel mit dem Eröffnungsbeschlusse den erkennenden Gerichten — Schwurgericht, Strafkammern oder Schöffengericht — zu. Man wird mir hier mit einem gewissen Recht entgegenhalten, dass der Eröffnungsbeschluss noch keine endgiltige Entscheidung bildet, dass also eine That im strengen Sinne noch nicht festgestellt, und dass eine Statistik, deren Grundlage solche noch nicht festgestellte Fälle bilden, nicht ausreichend ist, um brauchbare Schlüsse daran zu knüpfen. Gewiss, ein rechtskräftiges Urtheil liegt noch nicht vor, und es mag sein, dass eine Reihe von Fällen nachträglich ausscheidet, in denen der Thäter freigesprochen wird oder auch — unter gewissen Voraussetzungen — das Verfahren eingestellt wird. Indessen bilden diese Fälle bei Weitem die grosse Minderheit. Es kommen — wenigstens durch unsere sächsischen Staatsanwaltschaften — nur sehr wenige Fälle zur Anklage, in denen die Aussichten auf eine Verurtheilung des Thäters geringe sind. Ich will hier nicht die einzelnen Zahlen anführen, die hier zu weit führen würden, sondern will nur erwähnen, dass im Jahre 1900 von 2108 Anklagen, die beim Processgericht I, d. h. demjenigen, in welchem die zur Zuständigkeit der Strafkammern gehörigen Strafsachen eingehen, erledigt wurden, 1968 zur Eröffnung des Hauptverfahrens führten; bei nur 75 wurde die Eröffnung abgelehnt, in den übrigen Sachen ergingen vorläufige Entscheidungen.

Wenn aber auch das erkennende Gericht in dem einen oder anderen Falle, den ich meiner Arbeit zu Grunde gelegt habe, zu einer Freisprechung gekommen ist, so wird trotzdem meines Erachtens ein erheblicher Nachtheil für die Zuverlässigkeit meiner Statistik noch nicht entstehen. Gerade bei den Fällen, die hier in Frage kommen, wird ein Scheitern der Anklage meist auf subjectiven Gründen beruhen. Man muss bedenken, dass die weitaus grösste Zahl das grosse Heer der Roheits- und Gewaltsdelikte bildet, denn gerade sie sind das Gebiet, in dem der Alkohol seine meisten Opfer fordert. Bei diesen ist aber eine objective und sichere Feststellung der That am ehesten möglich, abgesehen von den wenigen Fällen, in denen etwa eine Verwechslung der Person oder Aehnliches stattgefunden hat. Näherliegend ist die Möglichkeit, dass der Thäter derart betrunken gewesen ist, dass man ihm die That nicht mehr zurechnen kann, dass also eine Freisprechung aus diesem subjectiven Grunde erfolgt. Abgesehen aber davon, dass die Zahl derartiger Freisprechungen verhältnissmässig gering ist, ist doch in solchem Fall objectiv eine That festgestellt die im Rausche oder als Ausfluss einer psychischen Erkrankung auf alkoholischer Basis begangen ist, die man also mit vollem Fug und Recht dem Alkohol auf die Rechnung schreiben kann. Mag also auch der Nachtheil

meines Verfahrens bestehen, dass hie und da ein Bestandtheil der statistischen Unterlagen nachträglich ins Wanken geräth, so steht dem gegenüber der nicht zu unterschätzende Vortheil gegenüber, dass das Sammeln des Materials, da es in der Hauptsache — abgesehen von der schätzenswerthen Beihilfe der übrigen Mitglieder der Kammer und des Gerichtsschreibers — in eine Hand gelegt ist, relativ leicht ist und eine einheitliche Methode zulässt.

Meine Herren! Dass Trunksucht und Strafthat in untrügbarem Zusammenhange stehen, habe ich bereits im Eingange bemerkt. Ich möchte aber nicht auf den speciellen Theil meiner heutigen Ausführungen zurückkommen, ohne das „Wie“ dieses Zusammenhanges zu berühren. Eigene Anführungen zu diesem Punkte zu geben, bin ich selbstverständlich nicht berufen, das ist Sache des Arztes, es sei mir aber gestattet, aus einem Aufsatze über „Alkohol und Verbrechen“, den *Aschaffenburg* im 1. Hefte des 4. Bandes der Liszt'schen Zeitschrift für die gesammte Strafrechtswissenschaft veröffentlicht hat, Dasjenige vorzutragen, was der Verfasser hierüber sagt.

> „Man bezeichnet in der Experimentalpsychologie als Reaction die Beantwortung eines Reizes durch eine bestimmte Bewegung, wobei natürlich unter Bewegung nicht nur die der Hände verstanden werden, sondern ebensogut die der Zunge und der Sprachmuskulatur. Zwischen dem Reiz und dem Beginn der Antwortsbewegung liegt eine mit feinen Apparaten bis auf $^1/_{1000}$ Sekunde messbare Zeit, die Zeit der psychischen Verarbeitung. Sie ist natürlich bei ganz einfachen Reactionsversuchen, z. B. bei der Beantwortung eines lauten Schallreizes durch eine vorher verabredete bequeme Fingerbewegung u. s. w. kurz. Diese „Reactionszeit“ wird unter dem Einflusse schon ganz kleiner Alkoholgaben verkürzt; die Beschleunigung ist aber nicht als eine Verbesserung der Leistung anzusehen, denn sie erfolgt, wie geeignete Versuche lehren, auf Kosten der Zuverlässigkeit. Die psychische Verarbeitung des Reizes erfolgt oberflächlicher oder gar nicht; die Reaction stellt nichts dar wie eine unwillkürliche Bewegung als Antwort auf einen Reiz resp. als Antwort auf den zu erwartenden Reiz. Der Augenblick der Reizgebung, der ja annähernd vorausgesehen werden kann, wird vorweggenommen; die Bewegung erfolgt in dem Momente, wo der Reiz erwartet wird, nicht erst dann, wenn er wirklich eingetreten ist. Etwa wie ein Soldat die Spannung bei den ersten Schiessversuchen oder bei besonders wichtigen Gelegenheiten nicht mehr zu meistern vermag und losdrückt, bevor er das Gewehr genau auf das Ziel eingestellt hat. Man nennt diese Art der Beantwortung eines Reizes eine „vorzeitige Reaction“; bestand die psychische Aufgabe in der Wahl zwischen zwei oder mehr Bewegungen, so wird die vorzeitige zur „Fehlreaction“. Es handelt sich beim Zustandekommen dieser „vorzeitigen und Fehlreaction“

nach Alkoholgenuss offenbar um einen Zustand erhöhter Erregbarkeit gerade für Bewegungsauslösungen. Diese psychische Thätigkeit des Ueberlegens kommt durch die erhöhte motorische Spannung zu kurz. Ob der gegebene Reiz der erwartete, die Antwortbewegung die verabredete und zweckmässige war, wird der nachfolgenden Kritik meist erst klar, wenn der gemachte Fehler nicht mehr gutzumachen ist.

Diese Einwirkung des Alkohols auf den Ablauf der psychischen Functionen lässt sich ohne Weiteres auf die Vorgänge des Alltagslebens übertragen. Damit wird der Zusammenhang des Trinkens und des Verbrechens ins rechte Licht gesetzt. Auch im Wirthshause und in der Nachwirkung auf der Strasse kommen die gleichen Eigenschaften des Alkohols zur Geltung. Der Reiz wird gebildet durch eine Aeusserung, ein Schimpfwort, eine drohende Bewegung, ein zufälliges Zusammenstossen: die Reaction ist die Beleidigung, der Schlag mit der Faust, dem Stocke, dem Bierglase, der Stoss mit dem Messer. Würde durch den genossenen Alkohol der normale Ablauf der Reaction nicht gestört, so könnte die ruhige Ueberlegung zur Geltung kommen und die zweckmässigste Form der Abwehr des oft sogar nur vermeintlichen Angriffs, des sicher oft ganz harmlosen Reizes finden können. Aber wie beim Laboratoriumsversuch wird die psychische Verarbeitung durch den vorangegangenen Trunk verhindert, die Beantwortung des Reizes erfolgt vorzeitig; bis die psychische Verarbeitung vollendet ist, hat die gesteigerte motorische Erregbarkeit bereits zugeschlagen: Das Urtheil des Verstandes hinkt der raschen That nach."

II.

Ich komme nunmehr zum speciellen Theile.

Wie ich schon vorhin bemerkte, sind 1968 Anklagen den Strafkammern zugegangen. Dazu kommen diejenigen Strafsachen, deren Verhandlung und Entscheidung von § 75 des Gerichtsverfassungsgesetzes den Schöffengerichten überwiesen wurden, das sind 2966 Sachen. Im Ganzen wurde also eröffnet in 4934 Fällen. Davon sind — um mich kurz so auszudrücken — alkoholischer Natur 767 Fälle, die verübt worden sind von 989 Personen.

Es sind also rund 16 pCt. aller vor das erkennende Gericht zur Entscheidung kommenden Strafthaten als unter dem Einflusse des Alkohols verübt anzusehen. Diese Zahlen sind nicht gross. Es mag sein, dass der eine oder andere Fall bei der Sichtung des Materials durchgeschlüpft ist und dass unter Hinzunahme dieser die Zahl um ein Weniges grösser sein könnte. Das ist aber nicht zu vermeiden, selbst bei der grössten Aufmerksamkeit. Andererseits aber ist bei Zusammenstellung der Fälle die grösste Vorsicht angewendet worden. Es ist selbstverständlich, dass lediglich auf die Aussage des Angeschuldigten hin: „ich bin bei Verübung der That betrunken gewesen" der betreffende Fall nicht heran-

gezogen werden konnte. Vielmehr habe ich nur dann die Sache meinem Material einverleibt, wenn mit Sicherheit angenommen werden konnte, dass der Thäter bei der That berauscht war oder unter den Folgen eines Rausches — auch dieser Fall muss folgerichtig ins Auge gefasst werden — stand, oder dass der Thäter als Gewohnheitssäufer anzusehen war. Letztere Feststellung ist schwer und zwar aus dem Grunde, weil einmal in den meisten Fällen irgend ein Hinweis darauf in den Akten fehlt und ferner, da auch der chronische Alkoholist acuten Alkoholvergiftungen ausgesetzt ist und die That dann eben im Rausch ausgeführt ist. Es ist mir nur in 72 Fällen gelungen, chronischen Alkoholismus mit ziemlicher Sicherheit festzustellen, die Zahl wächst aber sicher, wenn man, wie man wohl unbedenklich thun kann, die grosse Mehrzahl der Landstreicher darunter versteht, sehr bedeutend.

Ungünstiger wird auch das Verhältniss, wenn man nur die sogenannten Roheits- und Gewaltsdelikte herausgreift. Ich komme darauf noch später zurück, will aber hier schon darauf hinweisen, dass in einem statischen Versuch, den Amtsrichter *Schellhas* in Rixdorf gemacht hat und dessen Resultate er in einem kurzen Aufsatz in der Zeitschrift „Das Recht" wiedergiebt, gefunden hat, dass von 216 Sachen gegen männliche Angeklagte wegen Roheitsvergehen 95 alkoholischer Natur waren! Ob freilich die *Schellhas*'sche Statistik ganz einwandfrei ist, will ich dahingestellt sein lassen. Es erscheint mir wenigstens nicht zweckmässig, wie er es gethan hat, nur die Roheitsdelikte zu beachten, ferner, dass er die von weiblichen Angeklagten verübten Strafthaten ausgeschieden und dass er seiner Statistik nur 500 Sachen — Alles in Allem! — zu Grunde gelegt hat.

Unerfreulicher wird das Resultat, wenn man berechnet, wie viele dem Schöffengericht überwiesene Sachen im Verhältniss zur Gesammtzahl alkoholischer Natur sind. Von sämmtlichen 767 Fällen sind nur 67 den Strafkammern zugegangen, während die übrigen 700 zur Entscheidung vor das Schöffengericht kamen. Darnach sind von sämmtlichen 2966 den Schöffengerichten überwiesenen Sachen 24 pCt. alkoholischer Natur, während dies bei den 1968 vom Landgericht entschiedenen Sachen nicht ganz 4 pCt. der Fall ist! Die Erklärung hierfür ist sehr einfach. Die überweisbaren Sachen betreffen fast sämmtlich Roheitsdelikte, also vorzüglich schweren Hausfriedensbruch, gefährliche Körperverletzung, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Beleidigung (sofern diese zur Officialklage führt), Sittlichkeitsvergehen, Bedrohung u. s. w., während das Gros der landgerichtlichen Sachen in der Hauptsache Diebstahl (insbesondere Rückfalldiebstahl), Betrug, Urkundenfälschung u. s. w. bilden. Bei Begehung dieser Strafthaten muss aber der Thäter besonnen handeln, namentlich erfordert die so häufige Urkundenfälschung ein planmässiges Vorgehen; es ist kaum denkbar, dass ein Mensch eine Urkundenfälschung im Rausch begeht, dazu fehlt ihm dann gewöhnlich die nothwendige Ueberlegung. — Andererseits sind die schweren Gewaltsdelikte, wie Raub, Nothzucht, Todtschlag, Mord

(bei dem übrigens ebenfalls ein planmässiges Vorgehen nöthig ist) verhältnissmässig an sich schon nicht allzu häufig.

Wie schon vorhin bemerkt ist es meines Erachtens nicht zweckmässig, die von weiblichen Personen verübten Strafthaten von der Statistik auszuschliessen. Ich habe beide Geschlechter berücksichtigt und gefunden, dass von den sämmtlichen in Frage kommenden 989 Personen sich nur 19 weibliche befinden. Das ist erklärlich, da ja die Trunksucht unter den Frauen in Deutschland wenigstens gering ist und die Frau an sich weniger zu Excessen neigt. Ich glaube allerdings, dass eine in England oder Schweden aufgestellte Statistik entschieden ein ungünstigeres Resultat für das schwächere Geschlecht ergeben würde. Ich will nur beiläufig bemerken, dass nach einer neueren — allerdings uncontrollirbaren — Zeitungsnotiz in London im Jahre 1899: 1300 und 1900: 4000 Frauenspersonen unter 20 Jahren (!) wegen totaler Betrunkenheit polizeilich aufgehoben wurden! Interessant ist aber, dass unter den 19 weiblichen Uebelthätern sich allein 6 Dirnen, 2 Kellnerinnen und 1 Bordellaufwärterin befinden, also fast die Hälfte aller der Prostitution angehören oder doch wenigstens der Prostitution nicht fern stehen. Es liegt hier sehr nahe, auf einen Zusammenhang oder auf die Wechselwirkung zwischen Alkoholismus und Prostitution zu schliessen und es ist wohl kaum zu bezweifeln, dass einerseits durch dass Treiben in den sogenannten Animirkneipen und in Bordellen der Trunksucht ganz bedeutender Vorschub geleistet wird, dass aber auch die in derartigen Lokalen beschäftigten beziehungsweise verkehrenden Personen durch den Alkohol zu sexuellen und anderen Excessen geneigter werden, als anderswo. Dass hierin eine öffentliche Gefahr liegt, wird nicht bezweifelt werden können; ihr wird meines Ermessens am wirksamsten begegnet, wenn Animirkneipen, namentlich gewisse Weinstuben mit weiblicher Bedienung überhaupt nicht zugelassen werden und in Bordellen der Ausschank geistiger Getränke streng untersagt wird.

Es wurde schon vorhin bemerkt, dass der weitaus grösste Theil der Straftbaten, die als Ausfluss eines Alkoholmissbrauchs verübt werden, aus dem Gebiete der Roheits- und Gewaltsdelikte stammen. Einige Zahlen werden dies auf das Augenfälligste beweisen. Ich habe gefunden, dass in den von mir gesammelten 767 Fällen das Hauptverfahren eröffnet worden ist:

wegen ruhestörenden Lärms und groben Unfugs	461	mal
„ Widerstands gegen die Staatsgewalt	310	„
„ Beleidigung	310	„
„ Körperverletzung	234	„
„ Hausfriedensbruchs	205	„
„ Bedrohung	58	„
„ Erregung öffentlichen Aergernisses durch eine unzüchtige Handlung	54	„
	1632	mal

Uebertrag	1632 mal
wegen Sachbeschädigung	47 „
„ Gefangenenbefreiung	16 „
„ Unzucht mit Kindern	6 „
	1701 mal

Dagegen:

wegen Diebstahls	44 mal
„ Betrugs	16 „
„ Unterschlagung	6 „
„ Urkundenfälschung	2 „
	68 mal

Die Zahlen bedürfen der Erläuterung. Die eben aufgezählten Delicte erschöpfen die Zahl der wirklich vorgekommenen und möglichen nicht vollständig. Ich habe aus Zweckmässigkeitsgründen nur diejenigen herausgegriffen, die besonders häufig oder typisch sind. Ich hätte z. B. noch die gerade in Grossstädten, wie Dresden, sehr häufig vorkommenden Verkehrscontraventionen erwähnen können, die ja auch in zahlreichen Fällen im Rausche verübt werden. Es lässt sich aber gerade bei diesen meist nicht mit Sicherheit feststellen, ob die Trunkenheit des Thäters die wirkliche Ursache des Verstosses bildet, oder ob nicht vielmehr andere Ursachen, wie etwa sehr häufig vorkommende Chikane gegen Motorwagenführer, den eigentlichen Anstoss gegeben hat.

Wie wir sehen, steht die Anzahl der Gewaltsdelicte in auffälligem Missverhältniss zu den sogenannten Eigenthumsvergehen und -Verbrechen; diese sind im Ganzen nur 68 mal, jene dagegen 1701 mal zur Aburtheilung gekommen. Der Grund dieser Erscheinung liegt auf der Hand und ist von mir vorhin schon angedeutet worden: Der gewaltsame Thäter handelt impulsiv, unüberlegt, er übt eine rasche That; der Dieb, Betrüger u. s. w. geht — meist wenigstens — mit einer gewissen Planmässigkeit vor. Am wenigsten ist Letzteres noch bei dem Diebstahl der Fall — ein rascher Griff, und die That ist verübt. Deshalb ist auch der Diebstahl von allen alkoholischen Delicten noch am häufigsten. Sehr oft vertheidigt sich dann auch der ertappte Dieb mit der Entschuldigung: „ich hätte es nicht gethan, wenn ich nüchtern gewesen wäre“. — Seltener ist schon ein Betrug und die Unterschlagung, namentlicher der erstere erfordert eine gewisse Berechnung, um das Opfer zu täuschen; in den meisten Fällen tritt er dann auch in der plumpsten Form, nämlich in der sogenannten Zechprellerei auf. Ganz selten findet sich — nur 2 mal — die Urkundenfälschung, die ja ein ganz besonderes Mass von Ueberlegung und oft auch eine sichere Hand erfordert. In beiden Fällen war denn auch der Thäter, wie ich ausdrücklich feststellen konnte, nicht im Rausche, sondern gehörte unter die Klasse der Gewohnheitssäufer; beide Thäter waren in Noth gerathen und hatten, um sich Geld zu verschaffen, zur Urkundenfälschung gegriffen. Nothlage kommt ja überhaupt — namentlich beim Rückfallsdiebstahl — als Motiv

hinzu, allerdings sehr oft verschuldet durch Trunk. Ganz anders ist das Bild bei den Gewaltsdelicten. An der Spitze steht, wie das auch genug erklärlich ist, der grobe Unfug und der ruhestörende Lärm nach § 360 Ziffer 11 St. G. B. mit 461 Fällen. Es ist also dieser Paragraph fast gegen die Hälfte aller hier in Frage kommenden Personen zur Anwendung gekommen. Damit beginnt ja so oft für den Betrunkenen eine ganze Reihe von Strafthaten. Der typische Verlauf ist gewöhnlich der, dass der Thäter auf der Strasse lärmt und singt, dadurch die Polizeiorgane anlockt und nunmehr, wenn diese gegen ihn einschreiten, seine ganze Wuth an diesen auslässt, sie beleidigt, womöglich thätlich angreift und verletzt, seiner Abführung stärksten Widerstand entgegensetzt und schliesslich in der Zelle alles demolirt, was ihm unter die Hände kommt. Daher erklärt sich auch die grosse Anzahl von Fällen, die sich als Widerstand gegen die Staatsgewalt, zu der auch die Gefangenenbefreiung zählt, und als Beleidigung — in fast sämmtlichen Fällen ist diese gegen Beamte während deren Amtsausübung verwirkt worden — charakterisiren. Diese Zahl wird übrigens in rein oder doch vorwiegend industriellen Bezirken aus naheliegenden Gründen immer sehr hoch sein. Die ländliche Bevölkerung ist notorisch viel weniger aufsässig gegen die Organe der Staatsgewalt, als die grossstädtische, und namentlich die durch planmässige Agitation gegen die staatliche Autorität voreingenommene industrielle, ganz abgesehen davon, dass die Gelegenheit zum Trunk auf dem platten Land weniger häufiger ist. — Dass der Hausfriedensbruch nicht so häufig erscheint, hat seinen Grund meines Erachtens darin, dass er Antragsdelict ist. An sich wird er, namentlich in Gastwirthschaften, unzähligemale begangen. Dass er oft nicht zur Anzeige und Bestrafung gelangt, mag einmal vielleicht daran liegen, dass bezüglich des Hinausweisens aus einem Lokal im Volke vielfach der Glaube verbreitet ist, es bedürfe einer dreimaligen Aufforderung zum Verlassen eines Raumes. Ich bin wenigstens in meiner bisherigen Praxis sehr oft auf die Ausrede gestossen: „ich bin ja auf das 3. Mal hinausgegangen und dreimal gilt erst!“ Dann haben aber auch sehr oft die Verletzten — namentlich gilt dies von Gastwirthen — triftige Gründe, wenn sie von einem Strafantrag absehen oder auch ihn nachträglich zurücknehmen, offenbar aus Furcht vor geschäftlichen Nachtheilen, deren Quelle sehr oft der „Terrorismus des Stammtisches“, wenn ich mich so ausdrücken darf, ist. Mir selbst ist es erinnerlich, dass mir ein Gastwirth erklärte: „Wenn der — der Thäter — von mir aus bestraft wird, dann bleibt mir der ganze Stammtisch weg!“ — dem natürlich der Delinquent angehörte. Aus denselben Gründen kommt es oft nicht zur Strafverfolgung wegen Sachbeschädigung — nur 47 Fälle habe ich auffinden können. Hier mag wohl auch oft dazu kommen, dass der Verletzte Ersatz erhält und dann kein Interesse mehr an der Bestrafung des Thäters hat. Bedrohungen mit Verbrechen werden ja zweifellos besonders von an sich rohen und schimpflustigen Thätern sehr oft ausgestossen. Gerade aber in

den Fällen, in denen der Thäter betrunken war, wird man meist nicht mehr als eine völlig unüberlegte und ungefährliche Aeusserung, eine sogenannte „vermessene Redensart“ zu erblicken haben, die an den Ernst des Thäters nicht glauben lässt. Daher die geringe Zahl dieser Delicte. Auffällig ist die niedrige Zahl der Sittlichkeitsvergehen und -Verbrechen: nur 54 mal Erregung öffentlichen Aergernisses durch unzüchtige Handlungen und nur 6 mal Unzucht mit Kindern. Die Erklärung suche ich darin, dass die durch diese That Verletzten in der grossen Mehrzahl Frauen und Kinder sind, die aus leichtbegreiflichen Gründen von einer Anzeige absehen, sodass es von vornherein in sehr vielen Fällen zu einer Strafverfolgung überhaupt nicht kommt. Ferner aber ist zu beachten, dass die hier als Thäter in Betracht kommenden Personen in sehr vielen Fällen als sexuell abnorm anzusehen sind, bei denen der Antrieb zur That ausser in einer alkoholischen Intoxikation in einer krankhaften Erregtheit des Geschlechtstriebes zu erblicken ist. Das gilt namentlich von den Exhibitionisten; fast sämmtliche 54 Personen, die ich als Excedenten gegen § 183 St. G. B. gefunden habe, gehören in diese Kategorie. Einer von ihnen hat direkt erklärt, dass er, sowie er hinter dem Glase sitze, alsbald exhibitioniren müsse; von ausgesprochener Betrunkenheit war aber bei ihm keine Rede.

Es ist nicht ohne Interesse, mit dem von mir gefundenen Resultate die Tabelle zu vergleichen, die Aschaffenburg an anderem Orte aufgestellt hat; leider ist die Quelle nicht genannt, aus der er seine Zahlen geschöpft hat, ich vermuthe aber aus dem Zusammenhange, dass sie der Statistik entnommen sind, die Ball auf Grund seiner Erhebungen im Gefängnisse zu Plötzensee veranstaltet hat. Danach sind verurtheilt überhaupt:

wegen Körperverletzung	351
„ Widerstands	429
„ Hausfriedensbruchs	217
„ Sachbeschädigung	78
„ Sittlichkeitsvergehens	44
„ Diebstahls	1467
„ Unterschlagung	260

Von diesen waren:

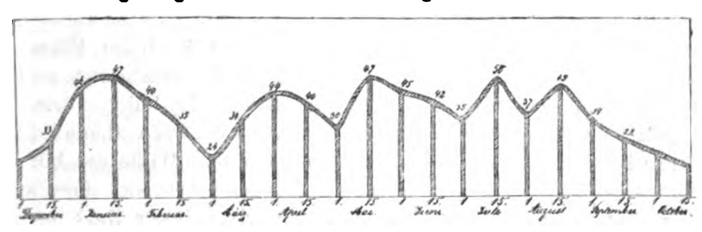
	a) Gelegenheitstrinker	b) Gewohnheitstrinker
bei Körperverletzung	180	11
„ Widerstand	300	22
„ Hausfriedensbruch	120	3
„ Sachbeschädigung	43	4
„ Sittlichkeitsvergehen	29	4
„ Diebstahl	243	90
„ Unterschlagung	49	11

Auch hier zeigt sich, dass die Brutalitätsdelicte weit häufiger im Alkohol-Affect verübt werden, als die Eigenthumsvergehen; auf der anderen

Seite stellt aber Aschaffenburgs Tabelle „die geringe Betheiligung der Trinker und die grosse der Betrunkenen ins schärfste Licht“. Verhältnissmässig grösser ist die Zahl der Trinker bei den Eigenthumsdelicten; das beruht eben darauf, dass eben diese Vergehen und Verbrechen weniger rasch als vielmehr vorbereitete Thaten zu sein pflegen. —

Ich komme nunmehr zu einem der wichtigsten Punkte. Wie hat sich die Kriminalität im Laufe eines Jahres gestaltet, und wie verhalten sich die einzelnen Tage der Woche in dieser Beziehung zu einander? Ich habe beide Fragen durch die hier eingefügten graphischen Darstellungen zu veranschaulichen gesucht.

Das Jahr 1900 war für Dresden gewissermassen ein Jahr der Feste. Das ist in wirthschaftlicher und sozialer Beziehung nicht ohne gewisse erfreuliche, aber wohl auch recht unerfreuliche Nachwirkungen geblieben und hat, wie wir gleich sehen werden, leider auch in kriminalistischer Hinsicht seine Schatten geworfen. Abgesehen von den bürgerlichen und kirchlichen Festzeiten Weihnachten, Ostern und Pfingsten — Zeiträumen, in denen notorisch der Vergnügungs- und Wirthshausverkehr gesteigert ist, haben wir die Bauausstellung mit ihrem Vergnügungseck, dann aber auch das deutsche Bundesschiessen und — last but not least — die alljährlich wiederkehrende Vogelwiese an uns vorüberziehen sehen. Es ist aber eine feststehende Thatsache, dass derartige Veranstaltungen den Wirthshausverkehr, da sie eine mehr als ausgiebige Gelegenheit zum Trunke geben, enorm steigern, weiter aber auch, dass — namentlich die Vogelwiese — eine grosse Anzahl recht zweifelhafter Existenzen anziehen, die an sich schon zur Steigerung der Kriminalität beitragen.



Kurve I.

In der Kurve I habe ich das Steigen und Fallen der Kriminalität, sofern Strafthaten alkoholischer Natur in Frage kommen, zu zeigen versucht. Ich muss vorausschicken, dass ich aus Zweckmässigkeitsgründen nicht das bürgerliche Jahr 1900 zu Grunde gelegt habe, sondern mit der Zeit vom 1.—15. Dezember 1899 begonnen und mit dem 1. October 1900 bereits geendet habe. Der Grund ist einfach der, dass die strafrechtlich zu verfolgenden Delicte, wegen denen vom 1. Januar bis 31. Dezember 1900 Eröffnungsbeschlüsse ergangen sind, bereits im Herbst 1899 beginnen und nur bis zum Herbst oder Anfang Winter 1900 reichen; in den letzten 2 Monaten des Jahres 1900 sind aber auch Delicte begangen worden,

wegen deren das Strafverfahren noch nicht bis zur Anklageerhebung gediehen war. Deshalb musste ich, um nur sichere Thatsachen bringen zu können, diese letzte Zeit ausser Betracht lassen.

Die Gesammtzahl der Thäter verringert sich daher, da ferner auch diejenigen Personen ausscheiden, bei denen die Zeit der Verübung nicht festgestellt war, auf 804 (statt 989). Die einzelnen Monate habe ich in je zwei Hälften getheilt und für diese Zeiträume folgende Zahlen gefunden:

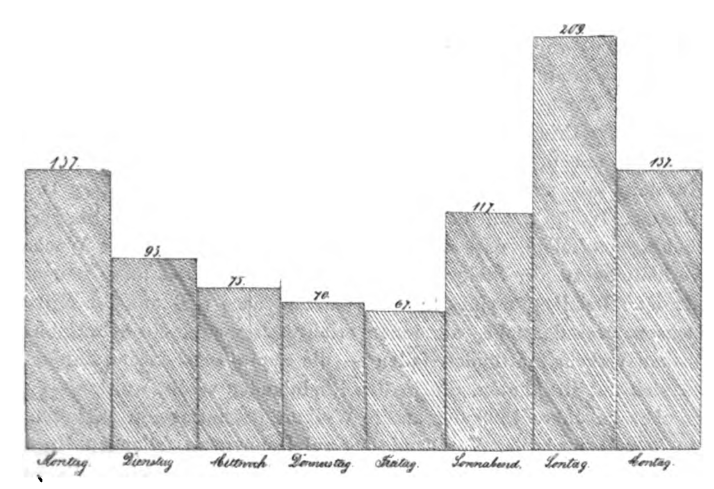
Es haben Strafthaten alkoholischer Natur verübt:

Dezember	I. Hälfte	33	Personen,	II. Hälfte	46	Personen.
Januar	„	47	„	„	40	„
Februar	„	35	„	„	24	„
März	„	34	„	„	44	„
April	„	40	„	„	30	„
Mai	„	47	„	„	45	„
Juni	„	42	„	„	35	„
Juli	„	50	„	„	37	„
August	„	49	„	„	34	„
September	„	29	„	„	26	„

Betrachten wir nun die Kurve, so sehen wir, dass der Dezember in mittlerer Höhe einsetzt, dass gegen die Weihnachtszeit hin und über diese hinaus bis etwa Mitte Januar eine fortgesetzte Steigerung anhält, die dann einem raschen Sinken bis Ende Februar Platz macht — möglicherweise die Folge einer gewissen wirthschaftlichen Erschlaffung. Die Kurve hebt sich dann im März fortgesetzt, sinkt während des Aprils, um dann sich in der ersten Hälfte des Mai schnell bis auf 47 zu heben und bleibt während der ersten Sommerzeit unter langsamem Fallen auf beträchtlicher Höhe. Am 5. Juli beginnt das Bundesschiessen; zu gleicher Zeit erhebt sich auch die Kriminalität in ganz augenfälliger Weise bis zum 15. Juli — dem Ende des gedachten Festes — und erreicht mit 50 ihren Höchststand während des ganzen Jahres! Die zweite festlose Hälfte des Juli zeigt einen raschen Fall der Kurve bis auf 37, dagegen erhebt sich diese wieder in der ersten Augusthälfte bis auf 49 und in dieser Zeit — vom 5.—12. August — fällt die Vogelwiese! Von da ab ist eine fortgesetzt fallende Tendenz zu beobachten, die sich erst sehr stark bemerkbar macht — in der II. Augusthälfte von 49—34! — dann aber einem langsameren Fall Platz macht bis gegen den October hin. — Wir sehen also deutlich den unheimlichen Einfluss aussergewöhnlicher Festzeiten. Dass sich im Sommer überhaupt die Kriminalität in grösserer Höhe hält, ist wohl auf die erhöhten Temperaturen, die zum Trinken mehr anreizen und in der lange andauernden Bauausstellung zu suchen. Wie viele Fälle im Einzelnen auf das Conto jener besonderen Veranstaltungen zu setzen sind, hat sich leider nicht feststellen lassen; ich glaube aber, dass es nicht ohne Interesse wäre, wenn es gelänge, einmal die Anzahl sämmtlicher, also

auch der zur Zuständigkeit der Schöffengerichte gehörigen Strafthaten festzustellen, die bei diesen Gelegenheiten im Rausche verübt worden sind.

Dasselbe, nämlich erhöhte Kriminalität an Festtagen, tritt uns entgegen, wenn wir die einzelnen Wochentage daraufhin prüfen. Ich habe in der graphischen Darstellung II mich bemüht, dies etwas anschaulich zu machen.



Kurve II.

Jedes der schwarzen Vierecke stellt einen Tag der Woche dar, die darüber geschriebenen Zahlen bedeuten die Anzahl der Fälle, die an dem betreffenden Wochentage verübt worden sind. Diese Zusammenstellung zeigt, wenn ich mich so ausdrücken darf, die „Normalwoche" eines Trinkers, sie zeigt deutlich, an welchen Tagen am häufigsten Delikte alkoholischer Natur verübt werden, also auch, an welchen Tagen am meisten getrunken wird. Es wurden verübt Strafthaten:

an Montagen:	137	=	17,9	pCt.
„ Dienstagen:	93	=	12,1	„
„ Mittwochen:	75	=	9,7	„
„ Donnerstagen:	70	=	9,1	„
„ Freitagen:	67	=	8,7	„
„ Sonnabenden:	117	=	15,2	„
„ Sonntagen:	209	=	28,0	„

Wir finden also, wenn wir am Montag beginnen, der mit einer ziemlich hohen Zahl einsetzt, eine stetige Abnahme bis Freitag, an welchem Tage die Criminalität ihren Tiefstand erreicht. Der Sonnabend hat fast den Montag wieder erreicht und am Sonntag schnellt die Zahl der verübten Strafthaten zu ihrem Höchststande, 209, empor!

Die Erklärung der gefundenen Zahlen liegt ungemein nahe. Der Montag zeigt aus dem Grunde eine ungünstige Physiognomie, weil ein Theil der Trinker vom Sonntag her noch unter dem Einflusse der alkoholischen Excesse steht und — namentlich in Arbeiterkreisen — das übliche Blaumachen viele zum Trunke verleitet. Die übrigen Wochentage geben weniger Anlass zum Trinken, da an ihnen die Meisten der regelmässigen Beschäftigung obliegen; erst der Sonnabend, der — wenigstens bei Arbeitern — der Lohntag zu sein pflegt, zeigt eine plötzliche Steigerung. Noch mehr aber der Sonntag, der bei Vielen ausschliesslich dem Vergnügen und speciell dem Wirthshaus gewidmet wird. Die von *Aschaffenburg* an anderen Orten über die Criminalität der Wochentage aufgestellte Tabelle stimmt im Allgemeinen mit dem von mir gefundenen Resultate überein; sie differirt nur insofern, als nach ihr 48 pCt. aller Strafthaten auf Sonntag, 18 pCt. auf Montag, 16,3 pCt. auf Sonnabend und nur 4—7 pCt. auf die übrigen Wochentage entfallen, dass also das Fallen nach der Mitte der Woche zu im Verhältniss zu der Steigerung auf deren Anfang und Ende bedeutend stärker ist. Das liegt meines Erachtens daran, dass z. B. auf den Mittwoch in Sachsen zwei Busstage, an denen erfahrungsgemäss ein sehr lebhafter Wirthshausverkehr stattfindet, fallen — die *Aschaffenburg*'schen Zahlen beziehen sich auf Strafthaten, die in den Rheinlanden verübt wurden —, dass ferner aber im Jahre 1899 der zweite Weihnachtsfeiertag ein Mittwoch ist. Hierzu kommt noch der Vorabend des auf Donnerstag fallenden Himmelfahrtsfestes, das in Sachsen als voller Feiertag begangen wird. Es ist da erklärlich, dass sich das Bild etwas zu Ungunsten der Wochenmitte verschiebt. Eins bleibt aber, das ist die hohe Criminalität der Sonnabende, Montage und insbesondere der Sonntage im Verhältniss zu den übrigen Wochentagen, und man muss denjenigen recht geben, die mit Rücksicht auf solche Resultate die ausgedehnte Sonntagsruhe, wie sie jetzt gesetzlich festgelegt ist, „ein recht zweifelhaftes Geschenk" nennen, denn es ist eine bekannte Thatsache, dass die meisten jungen Leute, besonders Arbeiter, Commis u. s. w. ihre Sonntagsnachmittage, namentlich in Grossstädten und bei schlechtem Wetter in den Kneipen zubringen. Diese sind denn auch in sehr vielen Fällen der Schauplatz der Excesse, die dann den Thäter vor den Strafrichter bringen. Nicht weniger als 232, also etwa 30 pCt. aller von mir gesammelten Fälle, haben sich in Wirthschaften abgespielt. Thatsächlich aber werden es wahrscheinlich bedeutend mehr sein, denn, wie ich schon vorhin ausführte, es kommen viele Vorgänge in Schankwirthschaften überhaupt nicht zur Anzeige, da die Wirthe oft aus Geschäftsrücksichten und auch, um ihr Lokal bei den Behörden nicht in ein schlechtes Licht zu bringen, von weiteren Schritten von vornherein absehen und sich damit begnügen, den Missethäter zu entfernen.

Recht trübe Resultate ergeben sich, wenn man untersucht, in welchem Lebensalter die Criminalität der Trinker am stärksten ist. Es zeigt sich,

dass gerade das jugendliche Alter am schlimmsten dasteht. In der Skala III sind Altersklassen von je 5 Jahren angenommen, jedes Viereck entspricht einer Klasse. Die jüngste bilden die 12—16jährigen Thäter, die älteste die 71—75jährigen.

Es haben nun Delikte alkoholischer Natur verübt:

im Alter von	12—15	Jahren	0	Personen	=	0	pCt.	
„ „ „	16—20	„	139	„	=	14	„	
„ „ „	21—25	„	*245*	„	=	*25*	„	!
„ „ „	26—30	„	*235*	„	=	*24*	„	
„ „ „	31—35	„	125	„	=	12,6	„	
„ „ „	36—40	„	102	„	=	10,3	„	
„ „ „	41—45	„	70	„	=	7,1	„	
„ „ „	46—50	„	38	„	=	4	„	
„ „ „	51—55	„	21	„	=	2,2	„	
„ „ „	56—60	„	9	„	=	1,0	„	
„ „ „	61—65	„	2	„	=	0,2	„	
„ „ „	66—70	„	1	„	=	0,1	„	
„ „ „	71—75	„	2	„	=	0,2	„	

Skala III.

Wir ersehen aus dieser Tabelle, dass die **drei jüngsten Altersklassen** die **grösste Criminalität** zeigen!; schon die 16—20 jährigen stellen 14 pCt., die 21—25jährigen sogar 25 pCt., das ist ¼ aller bestraften Trinker! Die ganzjugendlichen, die in der ersten Zeit ihrer Strafmündigkeit stehen, sind dagegen gar nicht vertreten. Man geht, glaube ich, nicht fehl, wenn man den Grund darin findet, dass die jungen Leute in der ersten Altersklasse noch unter der elterlichen und Schulzucht und unter dem sehr segensreichen Tanzstättenverbot stehen. Gleich nach dem Austritt aus der Schule beziehungsweise nach der Confirmation macht sich die verhältnissmässige Ungebundenheit, der sich die meisten halbwüchsigen

Burschen zu erfreuen haben, geltend; das Wirthshaus übt seine Anziehungskraft, und die unausbleiblichen Wirkungen des in so jugendlichem Alter theilweise noch ungewohnten und deshalb um so gefährlicheren Alkohols zeigen sich in Verbindung mit den Ausbrüchen jugendlichen Uebermuths in Thaten, die in vielen Fällen dem Thäter die erste Bestrafung zuziehen. Das steigert sich naturgemäss in den nächsten Jahren noch mehr, von einer gewissen Mitschuld dürfte wohl auch die Militär-Dienstzeit nicht freizusprechen sein, in der zweifellos bei so Manchem der Grund der späteren Trunksucht gelegt wird. Ich habe feststellen können, dass von den 970 männlichen Personen 316 gedient haben. Zieht man die noch nicht 20jährigen ab, so ergiebt sich, dass 40 pCt. dem Heere oder der Marine angehört haben; bei 36 Personen war das Militärverhältniss nicht zu ermitteln. Mit dem 26. Jahre wird — wie aus der Tabelle ersichtlich ist — die Höhe überschritten. Erst ein ganz geringes Sinken von 245 auf 235, dann ein stetiger Fall mit dem Zunehmen des Lebensalters. Das bedarf keiner näheren Darlegung. Dass die letzte Altersklasse eine Steigerung zeigt, ist rein zufällig und lässt keinen Schluss zu. — Auffällig könnte sein, dass bereits die Klasse der 26—30jährigen eine Minderung der Criminalität zeigt. Meines Erachtens trägt hier der Umstand mit bei, dass in diesem Lebensalter bereits bei Vielen eine grössere Stabilität der Lebens- und Berufsverhältnisse beginnt, die bei dem besseren Theile ein gewisses Verantwortlichkeitsgefühl aufkommen lässt. Geringeren Einfluss möchte ich der in diesem Alter besonders in der arbeitenden Klasse sehr häufigen Eheschliessung einräumen. Wie ich gleich zeigen werde, scheinen auch in dieser Beziehung recht viele Ehen zweifelhafter Natur zu sein.

Von den 989 Personen waren allerdings die Meisten, nämlich 585 ledigen Standes, immerhin aber waren doch 386 verheirathet; dazu kommen 19 Verwittwete, 12 Geschiedene und 7 Personen, deren Familienstand nicht zu ermitteln war. Es zeigt sich also, dass fast 40 pCt. im Ehestande lebten — allerdings inclusive der Getrennten, deren Anzahl ich, da diese spezielle Angabe in den Acten oft fehlt, leider nicht ermitteln konnte. Die Gründe sind mannigfaltig und meines Erachtens sozialer Natur. Ich will nur zwei hervorheben, die ich hauptsächlich hierfür verantwortlich machen würde. Der eine ist, dass viele Ehen, insbesondere in den unteren Volksschichten, voreilig und unter ganz falschen und ungenügenden Voraussetzungen geschlossen werden, und dass auch der weibliche Theil in wirthschaftlicher Hinsicht für die Ehe meist ungenügend vorgebildet zu sein pflegt. Wenn dann der junge Arbeiter in der Ehe keinen Halt und keine Befriedigung findet und schliesslich entdeckt, dass er einen Missgriff gethan hat, sucht er seine früheren Kumpane im Wirthshaus auf und wird nach und nach zum Trinker. — Das Gleiche tritt ein, wenn die Wohnung und das sich in ihr abspielende Familienleben dem jungverheirateten Manne keinen behaglichen Aufenthalt in der arbeitsfreien Zeit gewährleistet. Und das ist namentlich in den Grossstädten in tausend und abertausenden

von Ehen der Fall. Was liegt da näher, als dass der Mann der quetschenden Enge der Massenwohnungen mit ihren vielen Unbequemlichkeiten sich entzieht und das Wirthshaus aufsucht, wo er freiere Bewegung und angenehmere Unterhaltung findet. Ich glaube sicher, dass die herrschende Wohnungsnoth der Trunksucht wenigstens indirekt Vorschub leistet und somit auch in dieser Einsicht zur Steigerung der Kriminalität beiträgt.

Was die Konfession der Thäter betrifft, so ist dieser selbstverständlich ein bestimmter Einfluss in der hier in Frage kommenden Richtung abzusprechen. Immerhin schien es mir nicht ohne alles Interesse zu sein, auch diesen Punkt zu würdigen, insbesondere mit Rücksicht auf die gerade im Landgerichtsbezirke Dresden starke Vermischung der Confessionen. Die Evangelischen stehen naturgemäss, da sie die Mehrzahl der Bevölkerung bilden, mit 735 Personen von 989 an der Spitze, ihnen folgen diejenigen katholischen Glaubens mit der relativ hohen Zahl 205; mosaisch sind nur 2, relativ sehr wenige; altkatholisch ist eine Person; bei 44 war die Confession nicht zu ermitteln, jedenfalls sind hierunter die Confessionslosen mit zu zählen. Die hohe Ziffer der Katholiken erklärt sich meines Erachtens daraus, dass in Dresden und Umgegend, namentlich in der Glasfabrikation in Radeberg, in den Elbsandsteinbrüchen, in dem besonders im Südosten Dresdens stark entwickelten Ziegeleigewerbe und im Bauhandwerke, sowohl Hoch- als Strassenbau, ausserordentlich viel Polen, Oesterreicher und Italiener beschäftigt werden, die mit ganz wenigen Ausnahmen durchweg römisch-katholischen Glaubens sind.

Dieser Theil der Bevölkerung — unter ihnen vorzüglich die sogenannten Sachsengänger — trägt auch dazu bei, dass die Anzahl der Sachsen zu der der Nichtsachsen meiner Statistik in einem auffälligen Verhältniss steht. Es kommen nämlich in Frage 585 Thäter sächsischer Staatsangehörigkeit gegenüber 403 Nichtsachsen; (bei einer Person war die Nationalität nicht festgestellt). Diese theilen sich in 276 Preussen, 14 Bayern, 78 Oesterreicher, 5 Italiener und 30 anderer Herkunft. Von den Preussen stammten nicht weniger als 146, also mehr als die Hälfte aus den östlichen Provinzen, namentlich aus Posen, sind also als Sachsengänger zu bezeichnen. Auffällig ist die ausserordentlich geringe Anzahl der Italiener, nur fünf! Wenn man bedenkt, dass aus Italien jährlich viele Tausende von Arbeitern nach Deutschland kommen und auch speciell hier die arbeitende Bevölkerung stark mit Italienern durchsetzt ist, so spricht diese Zahl sehr zu Gunsten des italienischen Arbeiters, der denn auch erfahrungsgemäss sich als nüchtern und strebsam erweist. Allerdings sind namentlich in letzter Zeit ziemlich oft Messerstechereien vorgekommen, deren Urheber Italiener waren. Bei ihnen ist aber die Ursache zur That wohl viel weniger im Alkohol zu suchen als hauptsächlich in ihrem leicht erregbaren Naturell, das oft noch durch Sticheleien der anderen, den Italienern überhaupt nicht sehr wohlgesinnten Arbeitern gereizt wird.

Da der Arbeiter und Handwerker die grosse Masse der Bevölkerung bildet, so ist es naturgemäss, dass sich aus diesen beiden Ständen die allermeisten der wegen Delikt alkoholischer Natur bestraften, rekrutiren. Es kommen nach meinen Erhebungen von den 970 männlichen Personen — über den Stand der weiblichen habe ich schon vorhin berichtet — nur 131 Personen in Frage, die nicht dem Arbeiter- oder Handwerkerstande angehören. Das mag wohl auch seinen Grund darin haben, dass bei den höheren Ständen ein Excess auf offener Strasse — denn um diesen handelt es sich ja in den allermeisten Fällen — bei Weitem viel seltener ist, und dass dort die Selbstbeherrschung des Einzelnen oder — um mich eines studentischen Ausdrucks zu bedienen — die „Direction“ grösser zu sein pflegt. Von den eben genannten 131 Personen gehörten an:

den kaufmännischen Berufsarten . . . . . *60*, also fast die Hälfte,
dem Gastwirths- und Brauereigewerbe . . 23.

Es waren ferner darunter:

Künstler 11
Höhere Techniker 8
Beamte 10
Bauunternehmer 6
endlich akademischen Berufs 9
nämlich 4 Studenten
1 Mineralog
3 Apotheker
1 Thierarzt

Dass in Universitätsstädten sich die Statistik zu Ungunsten der akademischen Berufe verschieben würde, ist zweifellos. Ich beschränke mich darauf, auf die Statistik des Deutschen Reichs aus dem Jahre 1893 — citirt von *Aschaffenburg* — hinzuweisen, wonach in diesem Jahre von 42000 Studenten 350 strafrechtlich verurtheilt wurden, dass heisst 83,3 auf 10000, während die Zahl für die Gesammtbevölkerung Deutschlands 121,9 betrug; und in Heidelberg sind nach *Aschaffenburg*'s Mittheilungen in der Zeit vom 16. Juni bis 16. Juli 1899 von 1462 Studenten gegen *102* polizeiliche Anzeigen ergangen!

Dass materielle Sorgen zum Trunke verleiten, ist eine bekannte Thatsache. Das spiegelt sich auch darin wieder, dass die Allermeisten, die in der Trunkenheit sich etwas zu schulden kommen liessen, gänzlich vermögenslos waren. Eigenes Vermögen hatten nur 59 Personen, bei vielen von ihnen war es sehr gering. Ebenso kann es auch nicht auffällig sein, dass 95 Personen, das ist ca. 10 pCt., bei Verübung der That arbeitslos waren. Viele von ihnen haben denn auch als Grund ihrer Trunkenheit und der That Arbeitslosigkeit angegeben, oft auch spielt der Wunsch eine Rolle, vermittelst einer mehrwöchigen Gefängnissstrafe der schlimmsten Noth enthoben und für die nächsten Wochen versorgt zu sein.

Freilich, gebessert, namentlich auch in Beziehung auf den Trunk, verlässt der Thäter die Strafanstalt in den wenigsten Fällen, und es zeigt sich dies auch darin, dass mehr als die Hälfte aller 989 Personen, nämlich 531, vorbestraft sind, zu allermeist wegen Rohheitsvergehen, sehr oft aber auch wegen Landstreichens und Bettelei. Zu dieser Kategorie der Vagabunden gehören denn auch die meisten der unverbesserlichen Trinker, die immer und immer wieder der richterlichen Strafgewalt anheimfallen, die oft absichtlich die Anklagebank aufsuchen, deren sich aber schliesslich — allerdings dann gegen ihren Willen — die Correctionsanstalt annimmt.

Damit, meine Herren, bin ich am Schlusse meiner Mittheilungen angelangt. Ich wiederhole, was ich in der Einleitung bemerkt habe: ich bitte meine Arbeit nur als Studie, als Versuch aufzufassen; ich möchte aber anregen, dass auch in einem amtsgerichtlichen Bezirk eine ähnliche Statistik aufgestellt wird, deren Resultate wahrscheinlich greifbarer und werthvoller sein werden als die, die ich Ihnen heute geboten habe.

Discussion: Herr Justizrath *J. Meyer* hat die Erfahrung gemacht, dass der Einfluss des Alkoholmissbrauchs auf den Thäter oft erst in der Hauptverhandlung klar wurde. Bestimmte Delikte werden in der Trunkenheit häufig, andere seltener ausgeführt; zu letzteren gehören schwerer Diebstahl, Meineid, schwere Urkundenfälschung und Mord.

Herr Amtsrichter Dr. *Herrmann* macht darauf aufmerksam, dass auch bestimmte Raceeigenthümlichkeiten bei der Häufigkeit der Delikte mitwirken. Die italienischen Arbeiter z. B., die bekanntlich sehr nüchterne, ordentliche Leute seien, neigten vielmehr zu gewaltthätigen Handlungen als deutsche Arbeiter, obwohl diese im Allgemeinen dem Alkohol mehr ergeben wären.

Herr Hofrath Dr. med. *Ganser* glaubt, dass die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Criminalität noch viel lebhafter seien, als dies Redner geschildert habe. Bei persönlicher Untersuchung der einzelnen Verbrecher würden seiner Ueberzeugung nach noch viel mehr Alkoholisten entdeckt werden. Oft sei vom Alkohomissbrauch bei der Voruntersuchung zu wenig die Rede. Viele Alkoholiker müssten einer Statistik entgehen, die sich auf die in den Akten enthaltenen Angaben gründe.

Herr Geheimer Medicinalrath Dr. *Weber* (Sonnenstein) wünscht zwischen Betrunkenheit und Trunksucht unterschieden zu wissen. Bei Betrunkenheitsdelikten, z. B. bei solchen in den Universitätsstädten, dürfe doch nur selten von „Criminalität“ gesprochen werden.

2. Herr Oberarzt Dr. *Ilberg* (Sonnenstein): Statistische Untersuchungen über die durch Alkoholkrankheit veranlassten Aufnahmen ins Stadtirrenhaus zu Dresden während der ersten 11 Jahre seines Bestehens.

Das erste Schicksal Desjenigen, der schweren Alkoholmissbrauch treibt, ist, wie die *Oertel*'schen Darlegungen in vielleicht noch zu mildem Lichte

erkennen lassen, die Verbrecherlaufbahn, das andere Schicksal, welches auf das erste zu folgen pflegt, ist das Verfallen in Geisteskrankheit. Die statistische Bearbeitung beider Verhältnisse ist schwierig und reich an Fehlerquellen. Ein bescheidener Anfang für die Verhältnisse der Stadt Dresden mag in Folgendem gemacht werden: Dr. *Ilberg*, der der erste Assistenzarzt in dem 1889 neu begründeten Stadtirrenhause zu Dresden war, hat seiner Berechnung die Angaben der officiellen Jahresberichte von 1890 bis 1900, sowie die ihm zur Verfügung gestellten Zahlen des statistischen Amtes der Stadt Dresden über deren Einwohnerzahl zu Grunde gelegt.

Der absolute Zugang von Männern im Stadtirrenhause zu Dresden gestaltete sich folgendermassen:

1890 . . . 317
1891 . . . 353
1892 . . . 392
1893 . . . 380
1894 . . . 445
1895 . . . 468
1896 . . 521
1897 . . . 511
1898 . . . 534
1899 . . . 580
1900 . . . 608

Die mittlere Einwohnerzahl von Dresden betrug

1890 . . . 273 900
1891 . . . 280 200
1892 . . . 296 700
1893 . . . 313 000
1894 . . . 322 500
1895 . . . 332 300
1896 . . . 341 300
1897 . . . 358 800
1898 . . . 376 500
1899 . . . 385 000
1900 . . . 393 500

Der männliche Zugang ins Stadtirrenhaus, berechnet auf je 100 000 Einwohner, betrug demnach

1890 . . . 115,7
1891 . . . 125,9
1892 . . . 132,1
1893 . . . 121,4
1894 . . . 137,9
1895 . . . 140,8
1896 . . . 152,7
1897 . . . 142,4
1898 . . . 141,8
1899 . . . 150,6
1900 . . . 154,5

Der absolute Zugang von männlichen Alkoholkranken im Stadtirrenhaus Dresden, der unter den Diagnosen

Alkoholrausch,
Alkoholtobsucht,
Verrücktheit der Trinker,
Delirium tremens,
Geistesstörung bei multipler Alkoholneuritis,
acuter Alkoholwahnsinn oder
Alkoholzerrüttung

geführt ist, stellte sich

1890 auf	90	1896 auf	216
1891 „	73	1897 „	203
1892 „	118	1898 „	169
1893 „	124	1899 „	220
1894 „	138	1900 „	217
1895 „	176		

Der relative Zugang von männlichen Alkoholkranken ins Stadtirrenhaus Dresden, berechnet auf je 100 000 Einwohner, ist demnach folgender

1890 . . .	32,8	1896 . . .	63,28
1891 . . .	26,05	1897 . . .	56,57
1892 . . .	39,8	1898 . . .	44,88
1893 . . .	39,6	1899 . . .	57,1
1894 . . .	42,8	1900 . . .	55,1
1895 . . .	52,96		

Das procentuale Verhältniss der dem Stadtirrenhaus Dresden zugeführten männlichen Alkoholkranken zum männlichen Gesammtzugange betrug

1890 . . .	28,3	1896 . . .	41,5
1891 . . .	20,7	1897 . . .	39,8
1892 . . .	30,2	1898 . . .	31,7
1893 . . .	32,7	1899 . . .	37,9
1894 . . .	31	1900 . . .	35,7
1895 . . .	38,2		

Aus einer sich auf 11 Jahre erstreckenden Berechnung ergiebt sich also, dass von 100 Männern, die im Stadtirrenhause zu Dresden wegen Geistesstörung Aufnahme fanden, *33* ihre Erkrankung dem Alkoholmissbrauch verdankten!

Redner erläutert seine Zahlen durch Kurven, die an die Mitglieder vertheilt werden, und fügt diesem noch Folgendes zu: Selbstverständlich giebt es in Dresden noch viel mehr geisteskranke Trinker als diejenigen, die ins Stadtirrenhaus kommen. Auch die zahlreichen anderen Krankenhäuser nehmen acute Alkoholkranke auf, ohne sie jedesmal dem Stadtirrenhause zu überweisen. Unzählige kurz dauernde oder minder auffallende Alkoholkrankheiten werden im Polizei- oder Gerichtsgewahrsam abgemacht.

Die gewaltige Zunahme des männlichen Gesammtzugangs ins Stadtirrenhaus vom Jahre 1890 bis zum Jahre 1900 von 317 bis 608 hat zunächst nur relativen Werth, weil auch die Stadt Dresden an und für sich, sowie durch Einverleibung von Vororten enorm gewachsen ist. Das Verhältniss vom männlichen Zugang beziehungsweise männlichen Zugang von Alkoholkranken zur ausschliesslich männlichen Bevölkerung konnte nicht pro Jahr berechnet werden, weil die Vertheilung der Einwohnerzahl Dresdens auf die beiden Geschlechter nur alle 5 Jahre bestimmt wird (am 1. December 1890 hatte Dresden 132 000, 1895: 164 000 und 1900: 190 000 männliche Einwohner). Aus dem Verhältniss des männlichen Zugangs ins Stadt-

irrenhaus zu 100 000 Einwohner beiderlei Geschlechts des betreffenden Jahres ist erfreulicher Weise zu ersehen, dass in Anbetracht der kolossalen Zunahme der Einwohnerzahl die Zunahme an Geisteskranken wenigstens nicht in dem gleichen Verhältniss kolossal ist; immerhin ist die Vermehrung der Geisteskranken evident genug.

Erst nach der vorherigen Erörterung dieser Verhältnisse kann man der Alkoholstatistik selbst näher treten, die ergiebt, dass im Durchschnitt von 11 Jahren 55,2 männliche Einwohner von je 100 000 Einwohnern beiderlei Geschlechts der Aufnahme ins Stadtirrenhaus wegen Alkoholgeisteskrankheit bedurften. Seit 1896 ist eine weitere Steigerung, die von den Vorjahren festgestellt ist, nicht erfolgt. Das bedeutet jedoch noch keinen Rückgang des Alkoholelends, sondern es spricht nur dafür, dass die Zunahme der Verschlechterung nach 1896 nicht fernerhin so rapid erfolgte wie vor 1896. Ein Grund, warum das Jahr 1896 gerade eine so besonders hohe Verhältnissziffer aufweist (63 auf 100 000 Einwohner beiderlei Geschlechts) ist dem Redner nicht bekannt.

Die männlichen Zugänge ins Stadtirrenhaus an Geisteskranken überhaupt sind nicht in demselben Verhältniss gestiegen, wie die mittlere Einwohnerzahl Dresdens.

Aus der Berechnung des Verhältnisses zwischen männlichem Zugang von Geisteskrankheit überhaupt zum Zugang an männlicher Alkoholgeisteskrankheit ergiebt sich, dass auch bei Berücksichtigung dieses Verhältnisses das Jahr 1896 die höchste Ziffer mit 41 Aufnahmen von männlichen Alkoholgeisteskranken auf 100 Aufnahmen von männlichen Geisteskranken aufweist, dass dann eine gewisse Besserung nicht zu verkennen ist, dass aber die Verhältnisszahlen z. B. der 4 nach 1896 kommenden Jahre im Durchschnitt durchaus höher = 36 sind als diejenigen der 4 Jahre vor 1896 = 33.

Eine Anzahl von Collegen denkt über die Alkoholfrage radikal und hält jeden Alkoholgebrauch für schädlich. Die Mehrzahl der Fachgenossen — auch Redner — denkt gemässigt und hält kleinere Quantitäten alkoholischer Getränke für unschädlich und erlaubt, wenn es sich um in der Hauptsache — gesunde und normale Consumenten handelt. Darüber herrscht jedoch zwischen den Radikalen und den Gemässigten Uebereinstimmung, dass jeder Alkoholgebrauch für eine Anzahl von psychisch Kranken oder zu psychischen Krankheiten Disponirten in höchstem Masse gefährlich ist. Diese Leute, die entweder von Haus aus alkoholintolerant sind oder durch irgendwelche Krankheit widerstandsunfähig gegen alkoholische Getränke geworden sind, gerathen in ausgesprochene Geisteskrankheit oder bekommen nervöse Anfälle verschiedenster Art, oder begehen allerlei Delikte, wenn sie auch nur ganz mässige Alkoholmengen zu sich genommen haben. Oft haben solche Personen nicht mehr die moralische Kraft sich mit mässigen Alkoholmengen zu begnügen, wenn sie nicht mehr total abstinent sind; mit dem ersten Glas sind sie von

einem zügellosen Trieb nach mehr und mehr erfüllt, der ihre Besonnenheit aufhebt, jede edlere Gemüthsregung unterdrückt, der ihren Willen knechtet und sie handeln lässt ohne alle Rücksicht auf ihre Stellung, auf ihre Familie, auf alle sittlichen oder religiösen Motive — rein nach dem Impuls irgendwelcher Leidenschaft. Sind diese Alkoholintoleranten abstinent, so sind sie ruhig, anständig, harmlos; sind sie es nicht, so sind sie gefährlich für sich und Andere, sie compromittiren sich, sie werden wortbrüchig, sie neigen zu Unfug, Beleidigungen, Körperverletzungen, zu Sittlichkeitsverbrechen und vielem anderen mehr.

Im stärksten Grade alkoholintolerant sind nun erfahrungsgemäss diejenigen, die sich durch continuirlichen Genuss mittlerer Alkoholmengen nach und nach zu Trunksüchtigen gemacht haben, die bereits durch Alkoholmissbrauch in ausgesprochener Weise psychisch erkrankt sind oder vor kurzem oder langem einmal an irgend einer Alkoholpsychose gelitten haben. Diese Personen können nur für ihren Beruf, für ihre Familie und für die Gesellschaft erhalten und vor immer fortschreitendem persönlichen, ethischen, finanziellen und socialen Niedergang bewahrt werden, wenn sie systematisch zur Abstinenz beziehungsweise zur allergrössten Mässigkeit erzogen werden. Gute Lehren nützen da nur wenig. Consequente Durchführung der Abstinenz ist das einzige Heilmittel in diesen Fällen, ist das unbedingte Erforderniss, um Erfolge zu erzielen. Wenn Jemand z. B. ein Delirium tremens durchgemacht hat, so ist er anscheinend psychisch gesund. Thatsächlich ist ein solcher, wenn er 1—2—4 Wochen nach Ablauf des Deliriums wieder aus der betreffenden Anstalt entlassen wird, aus eigener Kraft nur in seltenen Fällen fähig, dem weiteren Alkoholmissbrauch zu entsagen. Früher oder später wird er rückfällig und geräth in immer traurigere Verhältnisse. Vom ärztlichen Standpunkt muss angestrebt werden, dass Leute, die einmal oder wenigstens solche, die bereits zweimal ausgesprochen alkoholgeisteskrank gewesen sind, eventuell auch gegen ihren Willen, einem ausreichenden, erprobten, energischen Heilverfahren unterzogen werden. Geschieht dies freiwillig von Seiten der Gefährdeten — um so besser!

Ein solches Heilverfahren wird in besonders schweren Fällen zur Zeit in den Irrenanstalten durchgeführt; meist wird es viel zu zeitig abgebrochen. Der betreffende Familienvater möchte wieder erwerben, die Angehörigen bestehen auf der vorzeitigen Entlassung, es fehlt in den überfüllten Anstalten an Platz und dergleichen mehr. Sobald aber ein Trunksüchtiger von den schweren psychischen Krankheitssymptomen befreit ist, ist die Irrenanstalt nicht der richtige Aufenthaltsort für ihn. Für den, von seiner Alkoholkrankheit Genesenden, der der Versuchung der Aussenwelt gegenüber wieder kampffähig gemacht werden soll, gehört eine ganz andere Pädagogik, eine in vielfacher Weise viel schärfere Disciplin als für die mehr oder weniger invaliden Insassen einer Heil- und Pflegeanstalt. Für den zu heilenden Trinker passt allein die Trinkerheilanstalt. Uns fehlt nun in Sachsen und ebenso in Dresden eine staatliche oder städtische Trinker-

heilanstalt leider noch vollständig. Es wäre eine der forensisch-psychiatrischen Vereinigung würdige Aufgabe, auf die baldige Gründung einer solchen Anstalt, die namentlich dann auf einer festen Basis fundirt sein würde, wenn sie nicht privatim errichtet würde, hinzuweisen.

Zu diesem Zwecke wären die Aufnahmebedingungen und die Einweisungsformalitäten zu erwägen, es wäre zu überlegen, welche rechtlichen Unterlagen für die Unterbringung gegen den Willen der Betreffenden, für ihre Beibehaltung eventuell gegen den Widerspruch ihrer Angehörigen in Frage zu ziehen wären. Die vielen Fälle von Verbrechen, die unter dem Einfluss des Alkoholmissbrauchs besonders auch bei rückfälligen Trunksüchtigen Jahr aus Jahr ein vorkommen, mahnen zur Betreibung dieser wichtigen Angelegenheit, die jetzt, wo nach dem neuen Bürgerlichen Gesetz-Buch eine Entmündigung der Trinker und die Bestimmung des Aufenthaltsortes des Entmündigten durch den Vormund möglich ist, in ein viel günstigeres Stadium gerückt ist als ehedem. Auch das Rechtsgefühl des Volkes, das angeblich verletzt wird, wenn ein Verbrecher für sein im schweren Alkoholrausch oder in einer anderen Alkoholgeisteskrankheit begangenes Delikt straffrei ausgeht, würde geschont, wenn es heisst, der Betreffende sei zwar ausser Verfolgung gesetzt, aber auf ein oder mehrere Jahre zwangsweise in eine Trinkerheilanstalt überführt worden. Es liegt mir fern, daran zu denken, dass etwa alle Alkoholkranke in die Trinkerheilanstalt überführt werden sollten. Leute, die wegen eines gewöhnlichen Rauschzustandes in die Krankenanstalt aufgenommen wurden, entlässt man natürlich aus dieser bald in die Freiheit; solche mit Alkoholverrücktheit gehören in die Irrenanstalt, ebenso solche mit schwerer chronischer Alkoholzerrüttung. Es bleiben aber völlig genug übrig, bei denen die Heilmethode, wie sie für eine Trinkerheilanstalt gedacht wird, von günstigem Erfolg ist und erfahrungsgemäss wird in der Schweiz und in einzelnen Gegenden Deutschlands ein grosser Erfolg bei einem bedeutendem Procentsatz der Aufgenommenen erzielt. Die Statistik des Stadtirrenhauses zu Dresden ergiebt, dass von 1890—1899, also in 10 Jahren, 560 männliche Deliranten (56 pro Jahr) aus dem Stadtirrenhause geheilt entlassen worden sind (eine Anzahl natürlich mehrere Male), dass in 9 Jahren 1891—1899 466 männliche Patienten mit chronischer Alkoholzerrüttung (= 51 pro Jahr) ungeheilt in häusliche Verhältnisse entlassen wurden. Die Zahl sämmtlicher an chronischer Alkoholzerrüttung leidender männlicher Zugänge beträgt 822 (Durchschnitt 74 pro Jahr). Die Gesammtzahl aller seit Januar 1890 bis December 1900 ins Stadtirrenhaus zu Dresden aufgenommenen männlichen, geisteskranken Trinker beläuft sich beiläufig auf 1734 Mann = im Mittel 157,6 Mann pro Jahr. Von den in jedem Jahre „geheilt“ entlassenen 56 Deliranten, sowie von den in jedem Jahre „ungeheilt“ in häusliche Verhältnisse entlassenen 51 Patienten mit chronischer Alkoholzerrüttung gehörte nach der Meinung aller Sachverständigen eine bedeutende Anzahl zunächst in eine Trinkerheilanstalt. Geschähe dies, so würde eine ganz

wesentliche Anzahl von ihnen, die durch ihre Schuld oder die Mitschuld Anderer, aber auch durch krankhafte Veranlagung erkrankt sind, wirklich geheilt und vor neuer Erkrankung gerettet, unzählige Uebertretungen, viele, viele Vergehen und Verbrechen würden verhütet, so manche Sorge, so manche grosse Noth würde beseitigt, so manches Familienglück würde wieder hergestellt, statt so manchem zu schwerer, schrecklicher Geisteskrankheit disponirten Nachkömmling würde ein gesunder, kräftiger, leistungsfähiger Nachwuchs erzeugt. Ergiebt doch die aus den Aufzeichnungen von 10 Jahren berechnete Erblichkeitsstatistik des Stadtirrenhauses zu Dresden, dass bei über 53 pCt. irgendwelcher Geistesstörung, die zur Aufnahme in diese Anstalt geführt hat, die Trunksucht der Vorfahren für die Entwicklung der betreffenden Psychose von grösster Bedeutung war!

Discussion. Herr Hofrath Dr. med. *Ganser*: Das Sinken der Kurven seit 1897 hinge seiner Ansicht nach zusammen mit einer städtischen Verordnung von 1897, nach der die Wohlfahrtspolizei bei Einlieferung von Geisteskranken ins Stadtirrenhaus in bestimmten Fällen mitwirken müsste; und zwar dürfe die Einlieferung eines Menschen ins Stadtirrenhaus durch die Wohlfahrtspolizei nur bei einer dem betreffenden Wohlfahrtspolizeibeamten erkennbaren Gefährlichkeit erfolgen. Da nun manche Wohlfahrtspolizeibeamten die Gefährlichkeit manches Alkoholisten nicht erkennen, würden weniger Alkoholisten dem Stadtirrenhause zugeführt. Seiner Meinung nach sei ein Stillstand im Fortschreiten der Alkoholpsychose leider nicht eingetreten. Er für seine Person hätte gegen die Mitwirkung einer Laiencommission, in der auch ein Arzt sässe, bei Aufnahme wie bei Entlassung von Geisteskranken ins Stadtirrenhaus ein wesentliches Bedenken nicht.

Herr Geheimrath Dr. *Weber* (Sonnenstein) betont die Nothwendigkeit der Entmündigung eines Trinkers vor seiner Aufnahme in ein staatliches Trinkerasyl und ist der Meinung, dass die Zahl der entmündigten Trinker zur Zeit noch sehr klein sei. Dr. med. *Georg Ilberg*, Schriftführer.

---

69. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 7. Juni 1902 in Galkhausen.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams*, *Becker*, *Bodet*, *Brie*, *von Ehrenwall*, *Ennen*, *Esser*, *Fabricius*, *Foerster*, *Fuchs*, *Geller*, *Gerhartz*, *Günther*, *von der Helm*, *Herting*, *Kentenich*-Gladbach, *Kerris*, *Krapoll*, *Kraus*, *Longard*, *Lückerath*, *Neuhaus*, *Niemeyer*, *Nockher*, *Oebeke*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pohl*, *Richter*, *Rosenthal*, *Salomon*, *Schneider*, *Schöbel*, *Schoepplenberg*, *Scholz*, *Schroeder*, *E. Schultze*, *Schwartz*, *Staehly*, *Steiner*, *Stroux*, *Thomsen*, *Tippel*, *Umpfenbach*, *Vosschulte*, *Wertheimer*, *Wex*, *Wolff*, *Zacher*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Baucke*-Bonn, Dr. *Borchert*-Coblenz, Dr. *Kemp*-Galkhausen, Landesbaurath *Ostrop*-Düsseldorf, Dr. *Pfahl*-Bonn, Dr. *Schmidt*-Düsseldorf, Landesrath *Vorster*-Düsseldorf, Dr. *Weichelt*-Andernach.

Entschuldigt haben ihr Ausbleiben: *Beelitz*, *Bernard*, *Bothe*, *Brosius* jun., *Brosius* sen., *Claren*, *Dankwardt*, *Deiters*, *Flügge*, *Hirte*, *Landerer*, *Liebmann*, *Schreiber*, *Siebert*, *Sauermann*.

Zum Eintritt in den Verein haben sich gemeldet: *Borchert*-Coblenz, *Goerlitz*-Düsseldorf, *Hoffmann*-Elberfeld, *Rizen*-Andernach, Kreisarzt *Schmidt*-Düsseldorf.

Bei Beginn der Sitzung ertheilt der Vorsitzende zunächst dem als Gast anwesenden Landesrath *Vorster* aus Düsseldorf das Wort, welcher die Versammlung im Namen des Landeshauptmanns der Rheinprovinz und der Provinzial-Verwaltung in den Räumen der neuen Provinzial-Heilanstalt willkommen heisst. Der Vorsitzende dankt der Provinzial-Verwaltung und dem Director *Herting* für ihr freundliches Entgegenkommen, und theilt dann mit, dass der Vorstand des Vereins dem Collegen *Focke* in Coblenz am 3. Februar cr. bei Gelegenheit seines diamantenen Doctorjubiläums die Glückwünsche des Vereins überbracht hat. Auch College *von Ehrenwall* erhielt die Gratulation des Vorstandes am 1. April cr., dem 25. Geburtstage der Anstalt in Ahrweiler. Stabsarzt *Buttersack* dankte im Namen des Comités für Errichtung des *Griesinger*-Denkmals in Berlin für den Beitrag des Vereins und sandte eine Einladung zur Enthüllungsfeier. Das Denkmal ist am 18. April cr. enthüllt worden. — Der Vorstand war ferner beauftragt, weiteren Kreisen zur Kenntniss zu bringen die in der Sitzung vom 8. November 1901 angenommene Resolution *Schultze*: „Der Verein der Irrenärzte der Rheinprovinz hält die Bestimmung, nach der Kranke nicht mehr gegen ihren Willen in der Anstalt zurückbehalten werden dürfen, wenn ihre Entmündigung abgelehnt oder wieder aufgehoben ist, für principiell und praktisch höchst bedenklich.“ Die in Freilassing in einer Auflage von 12 000 Exemplaren erscheinende Rundschau für den deutschen Juristenstand „Das Recht“ des Dr. *Soergel* kam der Aufforderung des Vorstandes gern nach, und nahm bereits 1901 in No. 23 des Längeren Notiz von unserer Resolution. Auch die Cölnische Zeitung vom 22. November 1901 öffnete derselben ihre Spalten. — In der Novemberversammlung war beschlossen worden, eine psychiatrische Untersuchung einer Reihe von Arbeitssoldaten vorzunehmen. Es war gedacht worden an die Arbeitssoldaten in Ehrenbreitstein und war das Referat an *E. Schultze*-Andernach übertragen worden. Die Verhandlungen mit den betreffenden militärischen Behörden haben leider ein negatives Resultat gehabt; die Militärverwaltung glaubt nicht in der Lage zu sein, das Material anderen als militärärztlichen Augen zu unterbreiten. —

Aus dem Verein sind ausgetreten: *Schroeter*-Eichberg und *Heyden*-Bonn. Zur Ehrung des verstorbenen Collegen *Albers* erhebt sich die Versammlung von ihren Sitzen. Durch Acclamation werden dann in den Verein auf-

genommen: Dr. *Baucke*-Bonn, Dr. *Hummelsheim*-Bonn, Dr. *Huth*-Ahrweiler, Dr. *Jannes*-Eschweiler, Dr. *Loewenstein*-Bendorf, Dr. *Pfahl*-Bonn, Regierungs- und Medicinalrath *Rusack*-Cöln, Dr. *Weichelt*-Andernach.

Es folgen die Vorträge:

a) *Hoffmann*, Gerichtsarzt in Elberfeld (als Gast): Ein Fall von inducirtem Irresein.

Beobachtungen über epidemische Psychosen, über eine „psychische Infection" sind schon sehr alt; wenn auch gerade das Wort „Infection" hier sich nicht allgemeiner Anerkennung erfreut.

Das inducirte Irresein theilt *Wollenberg* in verschiedene Gruppen, Unterabtheilungen, während *Schönfeldt* als inducirtes Irresein nur eine solche Geisteskrankheit gelten lässt, die unter dem Einflusse einer primär erkrankten Person, durch Implantation ihrer Wahnidee, entstanden ist und im Wesentlichen den gleichen Inhalt der Wahnideen darbietet.

Bei allen anderen Fällen handelt es sich vielleicht um ein scheinbares, aber nicht um ein echtes inducirtes Irresein.

Zur Entstehung eines inducirten Irreseins gehört eine gewisse Disposition, mag sie nun angeboren oder erworben sein; ferner spielt fortwährender intimer Verkehr, inniges Zusammenleben u. s. w. eine Rolle. Weiter betonen *Lehmann* und auch *Pronier* als ätiologisches Moment die Muthlosigkeit der Umgebung des Kranken in Folge der fruchtlosen Bemühungen, den Kranken von der Haltlosigkeit seiner Wahnideen zu überzeugen.

Diesen Grund bestreitet *Schönfeldt*: es könne sich wohl aus dieser Muthlosigkeit bei disponierten Individuen eine Erschöpfungspsychose entwickeln, aber kein echtes inducirtes Irresein. Er verlangt vielmehr — und mit ihm auch *Wollenberg* — eine ursprüngliche innere Uebereinstimmung der Charaktere, eine Seelenharmonie zwischen den Beteiligten. Auch den Nachahmungstrieb und egoistische Reflexionen hebt *Schönfeldt* als veranlassende Ursachen hervor.

Die Implantation der Idee, die „Ansteckung", ist um so schwerer, je thörichter und unwahrscheinlicher die Wahnideen des primär Erkrankten sind. Eine Ausnahmestellung nehmen hier die Partial-Delirien, z. B. die religiöse Paranoia ein, bei der die Kranken im Grossen und Ganzen gesund urtheilen und nur in ihrem Wahne befangen sind, dem sie dann bei einem religiös überspannten Individuum leicht Geltung verschaffen werden.

Gerade diese Krankheit ist es auch, die am leichtesten und häufigsten übertragen wird. Der nachstehende Fall ist ein Beispiel hierfür. Drei Geschwister (Bruder und zwei Schwestern) 39, 33 und 31 Jahre alt, sollten entmündigt werden.

Bei meinen Besuchen fand ich die drei Geschwister K. sehr wortkarg, zugeknöpft und nur mürrisch und verdrossen antwortend. Zunächst unterhielt ich mich mit dem Bruder, der mir erzählte, dass er nicht nöthig

habe, zu arbeiten er sei ein Prophet; wenn er arbeite, so weiche er nur der brutalen Gewalt. Dass er ein Prophet sei, habe ihm der „Geist" offenbart.

Mit der Ursache meines Besuches vertraut gemacht, erwiderte er, das sei eine Himmelsfügung, gegen die er sich nicht auflehne, wenn er auch Niemandem ein Recht zu solchem Vorgehen einräume. Das Bestehen einer Obrigkeit leugnet er, die sei abgesetzt. Seine Ehefrau fügt hinzu, als sie meinen Zweifel an den Ausführungen ihres Ehemannes bemerkt: dass die Obrigkeit abgesetzt sei, können nur sie, „die Wissenden", einsehen, dem gewöhnlichen Sterblichen sei dies noch nicht offenbart, die würden es schon einsehen, wenn das nahe bevorstehende Ende der Dinge hereinbreche.

Die älteste Schwester giebt auf mein Befragen an, sie — die Geschwister — seien die letzten Heiligen, die auf den „jüngsten Tag" harrten. Auch sie will nicht an Gerichtsstelle erscheinen, denn für die „Heiligen" sei keine Obrigkeit mehr vorhanden. Ihre aus sieben Mitgliedern bestehende Gemeinde seien die sieben Geister Gottes, von denen im 4. Kapitel der Offenbarung die Rede sei.

Die jüngere Schwester erklärt, auch sie brauche nicht zu arbeiten, die Arbeit sei als Fluch der Sünde in die Welt gekommen, und von ihnen, den letzten Heiligen, sei dieser Fluch genommen.

Auf die Frage: wovon sie denn leben wollten, wenn ihr Geld aufgezehrt sei, erwiderte sie: Gott würde sie schon unterhalten und würde ihnen neue Nahrungsquellen erschliessen, bis jetzt habe er sie noch nicht verlassen, und in der Bibel heisst es: Sehet die Lilien auf dem Felde, sie säen nicht, sie ernten nicht, und unser himmlischer Vater ernähret sie doch."

Ich betone nochmals, dass die Antworten immer mit grosser Zurückhaltung gegeben wurden, und ich immer als ein Eindringling betrachtet wurde.

Fast jede Antwort war von Bibelsprüchen begleitet, vor allen Dingen citirte der Bruder fortwährend Bibelstellen, d. h. er sagte: Lesen sie nach in der Offenbarung, in den Propheten u. s. w. und führte dabei Kapitel und Vers an.

Scheinbar vollständig logisch wurde jeder Einwand zu entkräftigen versucht, und jedes Citat aus der Bibel selbst wurde mit einem anderen widerlegt.

Es gelang mir noch folgende interessante Daten festzustellen: Im Jahre 1890 ungefähr fing ein Pastor J. in der Nähe von Elberfeld an Aufsehen durch seine Predigten zu erregen; er wollte das „echte, wahre Christenthum" verbreiten.

Er brachte sich übrigens durch seinen zelotischen Eifer um seine Stelle. Wunderbarer Weise schloss einige Jahre darauf sein Nachfolger sich ihm an und ging dann später auch seiner Stelle verlustig.

Dieser, ein Pastor F., ist über ein Jahr lang in der Irrenanstalt Grafenberg gewesen, dort entmündigt worden und später als ungeheilt entlassen.

Beide sammelten um das Jahr 1897 herum eine ziemlich grosse Gemeinde um sich.

Aber nach einiger Zeit trat ein Zwiespalt zwischen J. und F. ein. F., den ich jetzt bei den Geschwistern K. kennen lernte, sagte mir darüber Folgendes: Die Erkenntniss sei allmählich über ihn gekommen und mit ihr auch der Glaube, nämlich der Glaube, dass die Erlösung von der Sünde thatsächlich erfolgt und er (F.) somit ohne Sünde, d. h. heilig sei. Als er mit diesem Glauben an J. herangetreten sei, da sei der Glaube des J. nicht stark genug gewesen, J. habe „zurückgehakt". So kam es zur Trennung zwischen J. und F.

Auf die Seite des F. trat auch eine jetzt 47jährige ledige D., die dem F. bis dahin nicht bekannt war, die aber sich schon längere Zeit zur Erkenntniss ihrer Heiligkeit durchgerungen hatte; auch sie habe ich bei den Geschwistern K. gesehen und mehrfach gesprochen.

Diese Beiden, D. und F., bauten nun ihr Wahnsystem weiter aus, so dass sie mir jetzt Folgendes sagen:

Die D. ist die Mutter Gottes, das „Sonnenweib", wie sie sich mit Vorliebe nennt, ein Name, den sie aus der Offenbarung St. Johannis entlehnt hat. In dem betr. Kapitel der Offenbarung wird weiter von einem „Knäblein" geredet, durch welches die Welt erlöst wird, das ist der Pastor F., er ist der neue Messias, der Weltheiland. Er und die D. werden nicht sterben, die Herrlichkeit des jüngsten Tages, der nahe bevorsteht, wird sie verwandeln. Sie seien die beiden Oelbäume, von denen der Prophet Sacharja sagt, dass sie zu beiden Seiten des siebenarmigen Leuchters stehen. Sie arbeiteten nicht, weil sie thun müssten, was Gott thut, und von Gott heisse es: „er ruhte von seinen Werken".

Der Pastor J. ist nur der Vorläufer gewesen, die Geschwister K. sind die Jünger. Der Bruder der Geschwister K. fügt hinzu, wie damals die Jünger verspottet worden wären, so ernteten sie auch jetzt nur Hohn und Verachtung.

Jetzt besteht die „Gemeinde" aus 7 Personen, über 6 habe ich Ihnen berichten können, die siebente ist eine Wittwe, die ich nicht gesehen, von der ich nicht einmal den Namen erfahren habe.

Ueber die Lebensschicksale der Betreffenden, über eine etwaige „Disposition" kann ich Ihnen nur wenig mittheilen.

Sobald das Gespräch den Anschein annahm, als wollte ich ausfragen, examiniren, wurden die Gefragten zurückhaltend, schweigsam und misstrauisch. Von erblichen Krankheiten, Krämpfen, schweren Schicksalsschlägen u. s. w. wollen alle Betheiligten nichts wissen. Der Bruder der Geschwister K. sagt mir, er habe schon als Knabe die Herrlichkeit und Weisheit Gottes bewundert. Der Pastor F. erzählt, er habe eigentlich Arzt werden wollen

aber sein Vater habe ihm gerathen, Theologie zu studiren, weil seine Neigung, sein Charakter ihn viel eher zum Theologen geeignet erscheinen lasse, als zum Mediciner.

Er habe als Schüler schon, noch mehr aber als Student schwere Seelenkämpfe durchgemacht, die ihn seines Glaubens wegen nicht erspart geblieben wären.

Die D. hat schon als 19jähriges Mädchen gefühlt, dass sie eine „Auserwählte, eine Erlöste" war.

Also bei diesen drei Personen sicherlich schon in der Jugend religiöse Schwärmerei!

Es fragt sich nun, sind die 6 Personen sämmtlich geisteskrank? Ich möchte diese Frage schlankweg bejahen.

Es ist wohl oft nicht leicht zu entscheiden, ob im vorliegenden Falle eine folie communiquée oder nur eine folie imposée vorhanden ist, d. h. ob der Betreffende die Ideen des primär Erkrankten wirklich zu den seinigen gemacht hat oder ob er sie nur angenommen zu haben scheint?

Kann man den Beobachteten nicht aus seiner Umgebung entfernen, ihm keine Anstaltsbehandlung angedeihen lassen, dann ist die Antwort auf die Frage: „Geisteskrankheit oder blinder Glaube?" nicht immer leicht.

Aber wenn die Kranken sich so in ihre Ideen hineingelebt haben, jahrelang so fest an ihr hängen, der Eine die Ausführungen des Anderen sofort aufgreift und weiter spinnt, dann sind die Betreffenden eben krank.

Die Seele der ganzen Gemeinde scheint mir die D. zu sein; sie war schon gleichzeitig mit dem Pastor F. in religiösen Wahn begriffen.

Als F. einst in einer polizeilich überwachten Versammlung predigte, rief die D. ihm zu: „Halt ein, Bruder F., Du weisst nicht, was Du sagst; Dir ist der Schleier noch nicht gelüftet; das ganze Evangelium bezieht sich auf Dich, weil Du Christo gleich bist, nur bist Du noch nicht genug erleuchtet, wie ich!"

Danach hat sie das lebhafte Verlangen gehabt, den F. näher kennen zu lernen. Sie erzählt auch in F.'s Gegenwart, dass F. einmal wieder in seinem Glauben wankend geworden und gestrauchelt wäre, aber sie habe ihn wieder aufgerichtet, gekräftigt und gestärkt.

Sollte demnach die D. nicht die primär Erkrankte sein? F., der wahrscheinlich unabhängig von der D. erkrankt ist, ist ebenfalls ohne jeden Zweifel geisteskrank: das beweist die über ein Jahr ausgedehnte Beobachtung und Behandlung in der Irrenanstalt Grafenberg, seine dort erfolgte Entmündigung, und seine Entlassung von dort als „ungeheilt".

In einem Briefe an die D., das „Sonnenweib, die Mutter", schreibt F. von Grafenberg aus: „Unter jedes Deiner Dir vom lieben Gott für mich gegebenen Worte setze ich mein gläubiges Amen!"

Werden wir hier nicht an die folie simultanée erinnert?

Und nun die Geschwister K. einschliesslich der Ehefrau des K.?

Auch sie sind meinem Dafürhalten nach, wie ich schon oben anführte, sämmtlich geisteskrank.

Der Noth gehorchend arbeiten sie jetzt, der Bruder als Schlosser, die Schwestern als „Putzfrauen“. Sie kommen also täglich mit anderen Leuten zusammen, sie hätten also wohl Gelegenheit, das Unrichtige ihrer Ideen einzusehen, aber trotzdem halten sie daran fest, ja sie sind bereit, ihr Vermögen zu opfern zu Gunsten ihres Glaubens. Sie haben die Ideen des F. und der D. nicht nur scheinbar angenommen, sondern sie leben und weben in ihnen.

Hier handelt es sich nicht mehr um blossen Glauben, sondern um feste Ueberzeugung, und aus diesem Grunde halte ich auch die Geschwister K. für geisteskrank.

Tippel weist darauf hin, dass nicht nur das Wupperthal, sondern auch die Seitenthäler des Wupperthals, die Gegend von Velbert und andere Theile des Siegerlandes zu ähnlichen Krankheitsfällen disponirt erscheinen, auch die Gegend von Adenau. Gewisse Bedingungen sind zum Entstehen derartiger Psychosen nöthig; die betreffenden Gegenden müssen vor Allem ausserhalb des Verkehrs liegen. *v. d. Helm* weist auf gewisse Gegenden des Münsterlandes hin, wo mitunter plötzlich mehrere Leute an Hallucinationen erkrankt sind; sie sehen Streiter am Himmel und dgl. Dasselbe wurde in Schottland beobachtet. Die Gegend muss aber abgeschlossen sein, es muss eine enge Gemeinschaft unter den Leuten bestehen; einer von ihnen muss eine gewisse Rolle in der betreffenden Gemeinde spielen, die anderen geistig überragen. *Pelman* bittet den Vortragenden, die Sache noch weiter im Auge zu behalten.

b) *Schultze*: Bemerkungen zur Sachverständigen-Thätigkeit.

1. *Sch.* berichtet über seine Erfahrungen, die er gemacht hat, wenn er als sachverständiger Zeuge (§ 414 C. P. O. § 85 St. P. O.) geladen war. In einem derartigen, genauer mitgetheilten Falle versuchte das Gericht auf die verschiedenste Weise, von *Sch.* ein fachmännisches Urtheil zu erlangen und weigerte sich andererseits, ihn als Sachverständigen zu vereidigen. Da alle Versuche vergebens waren, sah sich das Gericht schliesslich doch genöthigt, seinen ursprünglichen Widerstand aufzugeben und den sachverständigen Zeugen auch noch als Sachverständigen zu vereidigen.

Sch. sucht den principiellen Unterschied zwischen dem Sachverständigen und dem sachverständigen Zeugen festzustellen. Er findet ihn, besonders im Anschluss an die Arbeit von Stein, darin, dass der sachverständige Zeuge wie der Zeuge überhaupt dem Gericht eine bestimmte Thatsache berichtet, während Dasjenige, was der Sachverständige als principiell Neues dem Gericht mittheilt, eine allgemeine, der besonderen Sachkunde entstammende Regel ist. Der Zeuge berichtet, kurz gesagt, etwas Concretes, der Sachverständige etwas Abstractes oder, wenn wir uns der in der Logik üblichen Terminologie bedienen wollen, jener liefert einen Untersatz, dieser einen Obersatz

zu dem von dem Richter zu bildenden Urtheile. Insofern unterscheidet sich aber der sachverständige Zeuge von dem Zeugen, als die Wahrnehmung der von ihm berichteten Thatsachen und Zustände eine besondere, dem Laien für gewöhnlich fehlende Sachkunde erfordert. Deren Vorhandensein ist auch die Voraussetzung einer zutreffenden Schilderung des Befundes und seiner Würdigung; mit andern Worten: in vielen Fällen wird der Richter mit der Aussage des sachverständigen Zeugen nichts anzufangen wissen. Das trifft beispielsweise zu für die Aeusserung des als sachverständiger Zeuge geladenen Augenarztes, er habe mittels des Augenspiegels im Augenhintergrunde schwarze und weisse Flecken gesehen. Ein typisches Beispiel für das, was der sachverständige Zeuge vor Gericht mitzutheilen hat, ist das Sectionsprotokoll.

Der sachverständige Zeuge hat nur das zu berichten, was ihn seine technisch geschärften und geschulten Sinne haben wahrnehmen lassen. Er braucht keine persönliche Stellung zu diesem Befunde einzunehmen; er braucht ihn nicht technisch zu beurtheilen, ihn weder nach der klinischen noch nach der rechtlichen Seite hin zu würdigen.

Schliesslich führt *Sch.* kurz an, welche Schlüsse sich hieraus für das Verhalten des Sachverständigen ergeben, der als sachverständiger Zeuge geladen ist. Er betont dabei unter Anderem, dass der Sachverständige auch in diesem Falle nach einer neuerlichen Entscheidung des Reichsgerichts verpflichtet ist, sein Gedächtniss über das, was er vor Gericht auszusagen hat, vorher aufzufrischen, nothwendigenfalls unter Zuhilfenahme schriftlicher Notizen.

2. Sodann theilt *Sch.* noch kurz Erfahrungen hinsichtlich der Beanstandung der Liquidation von Vorbesuchen mit, aber wegen der vorgerückten Zeit nur insoweit, als der Ort, an dem die Vorbesuche erstattet sind, hierbei in Frage kommt. Dieser Punkt ist für den Irrenanstaltsarzt nicht gleichgiltig: das Gericht ist hie und da, wenn auch meist nur vorübergehend, der Ansicht, der Anstaltsarzt, der den zu untersuchenden Kranken in dem betreffenden Krankenpavillon aufsuche, verlasse seine Behausung nicht; er erstatte also auch keinen Vorbesuch, sondern empfange ihn in seiner Wohnung. Eine solche genauer mitgetheilte Entscheidung wurde seitens des zuständigen Amtsgerichts und Landgerichts getroffen; die betreffende Anstalt war eine neuere Anstalt im modernsten Pavillonstil. Dass eine derartige Entscheidung dem allgemeinen Sprachgebrauch der Worte „Wohnung, Behausung“ wenig entspricht, dass sie geeignet ist, die Anstaltsärzte materiell zu schädigen, braucht kaum hervorgehoben zu werden. (Autoreferat.)

c) *R. Foerster* und *Baucke*-Bonn: Sectionsbefund bei zwei Geisteskranken. (Disseminirte Encephalomyelitis und Syringomyelie).

a) Eine 39jährige Lehrerin mit Dementia praecox starb nach $5^1/_2$jährigem Anstaltsaufenthalt an Marasmus im Anschluss an einen ausgedehnten Decu-

bitus. Die Betrachtung des frisch secirten Gehirns und Rückenmarks musste die Annahme einer multiplen Sclerose nahelegen, der jedoch das klinische Bild keineswegs entsprochen hatte. Erst die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine disseminirte Encephalomyelitis handelt; ätiologisch bildet offenbar der jauchige Decubitus ein wichtiges Moment.

b) Ein hereditär belasteter, vorher angeblich gesunder 29jähriger Mann erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen eines Delirium acutum, das nach Ablauf von acht Tagen zum Tode führte. Die Autopsie ergab starke Hyperämie des Gehirns, Erweiterung der Ventricel, Höhlenbildung im Rückenmark, Hyperämie der Lungen und kleine Blutaustritte auf den Pleuren. Das Rückenmark wurde histologisch untersucht, wobei sich herausstellte, dass ein fortschreitender, acuter Gewebszerfall im Anschluss an eine Gefässalteration zur Höhlenbildung geführt hatte. Die Ursache dieser Gefässveränderung könnte sehr wohl dieselbe sein, welche auch das acute Dilirium, die Hyperämie von Hirn und Lunge und die petechialen Blutungen hervorgerufen hatte.

(Der Vortrag wird anderweitig ausführlich erscheinen.)

d) *Lückerath*-Galkhausen: Die beiden ersten Jahre in Galkhausen.

Vortragender giebt einen kurzen Ueberblick über die bisherige Thätigkeit der Anstalt Galkhausen. Gemäss den Errungenschaften der Psychiatrie der letzten 25 Jahre ist bei dem Bau von G. alles Zwangsmässige möglichst vermieden. Die äussere und innere Einrichtung unterscheidet sich nicht von der jedes beliebigen modernen Krankenhauses. Keine Gitter, keine Mauern, Fenster von dünnem Glas, allenthalben Gardinen, leichtes Mobilar in allen Häusern, auch den zur Aufnahme für unruhige Kranke bestimmten.

Mit 25 Männern und 69 Frauen aus der Kölner Anstalt Lindenburg und 80 Männern aus Mariaberg wurde die Anstalt im März 1900 eröffnet. Die Aufnahmebezirke sind die Stadt Köln (zur Hälfte), die Städte Elberfeld-Barmen, Lennep, Remscheid und Solingen Stadt und Land. Aufnahmen im ersten Etatsjahr 290, Abgang 113, im zweiten Jahre 486, Abgang 252. Im ersten Jahre wurden 102, im zweiten 194 Kranke aus andern rheinischen Anstalten nach Galkhausen überwiesen.

Die Haltung der Kranken war durchweg eine recht gute. Die Erregungszustände waren sehr milde verlaufen, was Vortr. auf das Milieu, die freien Verhältnisse zurückführt. Bezüglich der Behandlung in den freien Häusern waren die Erfahrungen sehr gute, Versetzung in die freien Häuser oft von günstigstem Einfluss auf die Kranken. Bisher keine Schwängerungen. Viele Entweichungen, die aber meist belanglos waren.

Die Behandlungsgrundsätze sind die üblichen. Bettbehandlung und Bäder in ausgedehntem Masse. Vortr. empfiehlt die feuchten Einpackungen sehr; die Tücher werden nicht durch Binden befestigt, so dass sie kein beschränkendes Mittel darstellen.

Der Verbrauch der Narcotica war ziemlich bedeutend.

Die zellenlose Behandlung ist in praxi (abgesehen von einem Falle kurz nach der Eröffnung) durchgeführt worden. Vortr. spricht sich aber dagegen aus, die Isolirung principiell zu verwerfen und verweist auf *Bleuler*, *Jolly*, *Kreuser* und *Sander*.

Der Erfolg der Atropinkuren bei periodischen Erregungszuständen war ein geringer.

Zur Verhütung der Unreinlichkeit sind in den Lazarethen mit gutem Erfolg Nachtwachen eingerichtet.

Der Procentsatz der Arbeiter ist der gleiche wie in anderen Anstalten. Besondere Krankheiten sind nicht vorgekommen.

Die hohe Zahl der Sterbefälle motivirt Vortr. mit der grossen Aufnahmeziffer von paralytischen und hinfälligen alten Leuten. Viel Tuberculose.

Die Qualität des Personals wie anderswo. Für verheirathete Pfleger sind und werden Familienwohnungen ausserhalb der Anstalt geschaffen.

Der Vorsitzende spricht den Vortragenden den üblichen Dank aus und theilt noch mit, dass nach einer Zeitungsnotiz der Bundesrath in seiner Sitzung vom 27. Mai cr. der Resolution des Reichstages zugestimmt hat, nach welcher die verbündeten Regierungen ersucht werden, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher die Grundsätze feststellt, wodurch die Aufenthaltsverhältnisse und die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten sowie die Entlassung aus denselben reichsgesetzlich geregelt werden. *Schultze*-Andernach habe angeregt, dass der Verein zu den hierbei zu berücksichtigenden Gesichtspunkten in einer der nächsten Sitzungen des Vereins in der Form von Referaten Stellung nehmen soll. Der Verein erklärt sich hiermit einverstanden und beauftragt *Schultze*-Andernach mit der Erstattung des Referates, vorbehaltlich weiterer Entschliessungen des Vorstandes. *Schultze* verspricht, in der nächsten Sitzung das Referat zu erstatten, falls er bis dahin mit seinen Vorbereitungen fertig ist.

Nachdem Director *Herting* an der Hand eines Situationsplanes noch kurz einen Ueberblick über die neueste Irrenanstalt der Rheinprovinz, über ihren Bau, Einrichtung etc. gegeben, besichtigten die Versammelten die einzelnen Gebäulichkeiten. Die Anstalt ist noch nicht fertig ausgebaut. Eine genaue Beschreibung kann hier unterbleiben, da dieselbe bereits anderweitig gedruckt vorliegt.

Die diesjährige Versammlung tagte im Festsaal der neuesten, sechsten Irrenanstalt der Rheinprovinz. Die Provinzial-Verwaltung hatte es sich nicht nehmen lassen, den Theilnehmern Frühstück und Festessen anzubieten. Der Landeshauptmann der Rheinprovinz, Herr Geheimer Oberregierungsrath Dr. *Klein*, war persönlich erschienen, um die Gäste beim Essen zu begrüssen und in längerer Ansprache zu bitten, ihn auch fernerhin zu unterstützen in seinen Bemühungen, das Irrenwesen der Rheinprovinz zu fördern.

Umpfenbach.



Literatur.

Schüle, Fischer, Haardt. Denkschrift über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Baden und deren künftige Gestaltung. 178 S. 4°. Braun'sche Hofbuchdruckerei in Karlsruhe.

Die Verf. der weit über das Interesse eines beschränken Territoriums hinausreichenden Denkschrift, Directoren dreier Landesirrenanstalten im Grossherzogthum Baden, schildern nicht bloss den gegenwärtigen Stand der Irrenversorgung in einem Culturland ersten Ranges, das von jeher durch seine Initiative und seine Opferwilligkeit auf dem wichtigen Gebiet der Irrenfürsorge sich auszeichnete, sondern unternehmen es auch in höchst sachverständiger Weise, Verbesserungen vorzuschlagen und dem künftigen Bedürfniss der Irrenpflege in Baden Ziele und Wege zu weisen. Da die wichtigsten und interessantesten Fragen des Irrenwesens hier verständnissvolle und glückliche Lösung finden, dürfte die Schrift auch weit über die Grenzen Badens hinaus Interesse bieten.

Bezüglich des jetzigen Standes der Irrenfürsorge in Baden erfährt man, dass bei einer Bevölkerung von 1 867 944 in den öffentlichen Irrenanstalten des Grossherzogthums Ende 1900 2395 Betten vorhanden waren (1 : 780 Einwohnern), und zwar in der Heil- und Pflege-Anstalt Illenau 500, Emmendingen 1025, Pforzheim 650, den Irrenkliniken Heidelberg und Freiburg je 110, dass der gegenwärtige Bedarf 2407 beträgt, somit um 12 Kranke den Raum übertrifft.

Die öffentlichen Irrenanstalten in Baden sind 1. Aufnahme-Anstalten (Illenau, die Kliniken in Heidelberg und Freiburg), die ihre chronisch gewordenen Kranken in 2. die Heil- und Pflege-Anstalten transferiren.

Das Land ist bezüglich der Aufnahme von Kranken in die Heilanstalten derart administrativ aufgetheilt, dass die Klinik Heidelberg Aufnahmeanstalt für Nordbaden (712 488 Einwohner), Illenau für Mittelbaden (715 370 Einwohner), die Klinik Freiburg für Südbaden (440 086 Einwohner) ist. Heidelberg nimmt jährlich etwa 314, Illenau 400, Freiburg 180 Kranke auf. Die Pflege-Anstalten haben jährlich Aufnahmen: Emmendingen etwa 170,

Pforzheim 80. Alle diese Anstalten sind überfüllt, was namentlich die Heilanstalten empfindlich in ihrer Wirksamkeit stört.

Unter Zugrundelegung einer Zahl von 80 Kranken Zuwachs jährlich, wie er sich statistisch ergiebt, und mit Berücksichtigung eines nothwendigen Ersatzes für Pforzheim, verlangen die Sachverständigen die Erbauung zweier neuen Anstalten. Geboten sind zum Vergleich interessante Daten über Stand und Bedarf der Irrenpflege in fünf Nachbarländern. Die Forderung nach neuen Anstalten ist auffällig in einem Lande, das, wie Baden, in den Jahren 1886—1890 die Zahl seiner Plätze in den öffentlichen Irrenanstalten um 1190 (100 pCt., während der Bevölkerungszuwachs nur 16,6 pCt. betrug) gesteigert hat, aber entsprechend dem Bedarf (79 per Jahr) und näherkommend dem Verhältniss von zwei Plätzen auf 1000 Einwohner, das sich als nöthig für einen Culturstaat herausgestellt hat. Bis zum Neubau der nöthigen Anstalten empfiehlt die Denkschrift ausser möglichster Ausnützung aller vorhandenen Plätze die Weiterbenutzung der in den Kreispflege-Anstalten für harmlose Geisteskranke verfügbaren Plätze, Versuche mit der Einführung der sogen. familialen Verpflegung und Lokalversorgung bei Entlassung ruhiger Kranken in ihre Heimathgemeinden und Familien. Bezüglich der Neugestaltung der Irrenfürsorge in Baden durch öffentliche Anstalten hält das Programm der Denkschrift an der erprobten regionalen Eintheilung des Landes und an der Trennung in Aufnahme- und Pflege-Anstalt fest. Im Unterland, als Ersatz für Pforzheim und als Evacuations-Anstalt für die Heidelberger Klinik, soll eine grosse Heil- und Pflege-Anstalt nahe Heidelberg in Nussloch erstehen, während Emmendingen nach wie vor diesen Zweck für Illenau und die Freiburger Klinik erfüllt. Für das restirende, einen Theil des Schwarzwaldes und den Seekreis umfassende Landesgebiet wird wegen seiner geographischen Lage eine eigene neue Anstalt proponirt, die diesem über 218 000 Einwohner umfassenden Gebiet als Aufnahme- und Pflege-Anstalt dienen soll.

Regional sollten bezüglich der Aufnahme-Anstalten Heidelberg und Freiburg eine kleine Verminderung, Illenau eine kleine Vergrösserung des Aufnahmegebietes erfahren, wobei aber Heidelberg gegenüber der Bevölkerungsziffer zur Zeit der Errichtung der Klinik (1875) noch immer ein Mehr besitzen würde. Das Gleiche gilt für die Freiburger Klinik.

Dieses wohldurchdachte und für den Kenner badischer Verhältnisse vortrefflich erscheinende Project findet Bemänglung durch einen Arzt der Heidelberger Klinik (Dr. *Gaupp*), der die althergebrachte regionale Eintheilung der badischen Heilanstalten verwirft, da sie die Kliniken verpflichtet, sämmtliche Kranken des Bezirks ohne Rücksicht auf die Ueberfüllung und Geeignetheit für den klinischen Unterricht und wissenschaftliche Forschung aufzunehmen. Er verlangt, dass die Kliniken aus der staatlichen Fürsorge ausscheiden, rein akademische Lehrinstitute werden mit besonderen Aufnahmebestimmungen. Demgemäss sollen die in ihrem Territorium geplanten oder bestehenden Anstalten (Nussloch, Emmendingen) auch mit

direkten Aufnahmen betraut und so sämmtliche Landesanstalten functionell nivellirt werden.

Diese Bedenken scheinen einer rechten Begründung zu entbehren. Es kann einer Klinik nicht zum Schaden gereichen, wenn sie allen Anforderungen einer Irrenanstalt für ein Territorium genügen muss. Leiden kann sie nur darunter, wenn ihr Aufnahmebezirk zu klein und die Evacuation erschwert oder temporär unmöglich ist.

Das Erstere ist nach dem Obigen jedenfalls nicht der Fall, denn die Heidelberger Klinik hat trefflich ihrer Aufgabe entsprochen und die Wissenschaft bereichert, als ihre Aufnahmen an Zahl geringer waren, als sie es jetzt sind und künftig sein werden. Sie hat in den letzten Jahren circa 380 Aufnahmen jährlich gehabt. Mehr als einen Kranken pro klinische Stunde kann man bei der Complicirtheit solcher Krankheitszustände kaum verwerthen. Mehr als vier klinische Stunden pro Woche lassen sich für den Unterricht nicht leisten. Im Wintersemester zu 20 Wochen wird man mit 80, im Sommersemester zu 12 Wochen wird man mit 48 solcher reichlich sein Auslangen finden. Mancher Kranke wird nochmals vorgestellt werden müssen. Die Ziffer von etwa 380 Fällen jährlich deckt den klinischen Bedarf etwa dreifach und sichert auch der wissenschaftlichen Forschung reiches Material. Hat doch die Klinik das Monopol der werthvollen und frischen Fälle!

Wozu also im selben Territorium eine zweite Aufnahme-Anstalt (zugleich Pflege-Anstalt) in Nussloch? Dadurch würde der Klinik nur Concurrenz erwachsen. Auch wäre es, wenn die Klinik bloss akademisches Lehrinstitut würde, gar nicht nothwendig, sie mit Räumen für Klassekranke auszustatten. Oder sollten diese sich für den Unterricht benutzen lassen? Für Klassekranke dürfte Baden durch das vermöge Lage, Einrichtungen, Ruf, Tradition ganz besonders geeignete Illenau genugsam gesorgt haben. Eine Evacuation einer Klinik von nicht mehr geeigneten Fällen ist natürlich eine wichtige Sache. Auch dafür ist bezüglich Heidelberg in Nussloch mit 800 Betten künftig genügend vorgesorgt und die Nähe dieser grossen Anstalt jedenfalls von der Bedeutung eines grossen Reservoirs für den klinischen Unterricht, sei es durch temporäre Rückübernahme von Pfleglingen auf die Klinik, sei es durch klinische Excursionen nach jener.

Beachtenswerth sind die ethischen und socialen Gründe, welche zur Aufnahme von vermöglichen Kranken in der staatlichen Irrenanstalt bestimmen.

Ein überaus interessantes Capitel der Denkschrift ist die Frage der Erstellung einer sog. Volksheilstätte für Nervenkranke. Sie ist, offenbar von *Schüle*, mit grosser Erfahrung, Sachkenntniss und Humanität behandelt. Auch hier geht Baden mit gutem Beispiel voran, indem es aus Staatsmitteln Remedur auf dem bisher am wenigsten beachteten und doch so wichtigen Gebiet der Krankenpflege schaffen will. Schon 1891 hat Referent ähnliche Vorschläge einer Behörde gemacht (*Nothnagel*'s Specielle Pathologie XII, 2, S. 128).

Die in der Denkschrift entwickelten Grundsätze sind vortrefflich. Ihre Ausführung wird ein Vorbild aller Culturländer sein. In erster Linie ist Rücksicht auf das Bedürfniss zahlloser constitutioneller Neuropathiker genommen, deren finanzieller Ruin, Suicidium, Uebergang in geistiges Siechthum oder geistige Krankheit durch temporäre Anstaltsbehandlung vermieden werden kann, die aber in der Familie nicht genesen können, sich für die gewöhnlichen Spitäler nicht eignen, in der Irrenanstalt nur anlässlich episodischer oder wegen consecutiver Geistesstörung Aufnahme finden können. Mit Recht wird in der Denkschrift nachgewiesen, dass solche der Psychose oft nahestehende, vorwiegend psychischer Therapie bedürftige Kranke am besten in einem Nervensanatorium untergebracht sind, das in relativer Verbindung mit einer Staatsirrenanstalt steht. Da neben der psychischen Arbeitstherapie, besonders als Garten- und Feldarbeit, für solche Kranke besonders wichtig ist, da sie ländlicher Ruhe bedürfen, wird mit Recht der Angliederung eines solchen Nervenheims an die reizend und ländlich gelegene Anstalt Illenau der Vorzug vor der relativen Verbindung mit einer der beiden Landeskliniken gegeben.

Die Detailvorschläge für das badische Nervensanatorium sind von Meisterhand erstattet.

Auch gegen die geplante Errichtung eines Nervenheims bei Illenau, durch dessen Herstellung als staatliche Anstalt die badische Regierung sich die grössten Verdienste erwerben wird, hat *Gaupp* Einwände erhoben, die aber nicht stichhaltig sich erweisen. Er polemisirt zunächst gegen die staatliche Heilanstalt. Solche Bestrebungen wären der privaten Thätigkeit zu überlassen. Warum? Die in Aussicht genommene Categorie von Nervenkranken ist übler daran, als die Geisteskranken, und auf die Staatshilfe geradezu angewiesen, wenn man absieht von den oberen Zehntausend, für die allerdings kostspielige Sanatorien zur Verfügung stehen. Die Privathilfe wird sich immer unzulänglich für die Kranken aus der breiten Schicht des Volkes erweisen, zumal in einer Zeit, wo die Geldmittel knapp und das Interesse zunächst der Fürsorge für die Tuberculösen zugewendet ist.

Es zeugt aber von wenig Erfahrung, wenn *Gaupp* der Denkschrift gegenüber behauptet, indem das Programm des Nervenheims wesentlich nur die Entartungsneurosen, die unheilbaren Fälle berücksichtige, dagegen die erworbenen heilbaren Fälle vernachlässige und sich selbst überlasse, sei den Interessen der Krankenpflege wenig gedient. Es ist in der Denkschrift nicht gesagt, dass Letztere nicht Aufnahme finden sollen — nur die besonders Bedürftigen sind angeführt. Referent kann es sich nicht versagen, seine in Nothnagel's Handbuch XII, 2, S. 128 Erfahrungen zu citiren: „Mit den schweren Nervenkranken geht es grade so, wie seiner Zeit mit den Geisteskranken, deren Genesungschancen sich erst dann zeigten, als man ihnen Heilstätten errichtete. Ohne Optimist zu sein und die schwer constitutionelle Bedeutung, selbst degenerative Beschaffenheit gewisser

Zustände in Neurasthenie zu verkennen, kann ich meine Ueberzeugung doch dahin aussprechen, dass Unzähligen zu helfen wäre, aber nur in einer eigens dazu eingerichteten Heilanstalt und ohne in der Dauer der Behandlung beschränkt zu sein. Gar manche Erfahrung an solchen Unglücklichen, die halb Europa auf der Suche nach ihrer Genesung erfolglos durchwandert hatten, um sie endlich in einem Sanatorium zu finden, berechtigt zu diesem Ausspruch."

Jeder erfahrene Neurologe wird beistimmen, dass stets bei schwer Belasteten anlässlich nervöser Krisen und Episoden ein oft nur mehrwöchentlicher Aufenthalt in einem Nervenheim genügen kann, um auf Jahre hinaus ein relatives Gleichgewicht der Functionen in der Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen.

Auch die Besorgniss von *Gaupp*, dass bei Angliederung an eine Irrenanstalt das Nervensanatorium nur mit leicht Geisteskranken (die Uebergänge sind hier allerdings fliessende) und mit Degenerirten sich füllen werde, kann nicht getheilt werden. Die richtige Auswahl der Fälle wird ja immer dem leitenden Arzte überlassen werden müssen.

Die Denkschrift berührt noch manche weitere Frage, z. B. die der Fürsorge für Epileptiker, irre Verbrecher, die Errichtung einer Trinkerheilanstalt, auf die hier aber nicht weiter eingegangen werden kann.

Das Gesammturtheil über die Denkschrift kann von Seiten jedes Sachverständigen und Unbefangenen nur das günstigste sein, und die Ausführung des in ihr niedergelegten Programms der Staatsregierung nur auf das Wärmste empfohlen werden. *v. Krafft-Ebing.*

Max Dessoir, Geschichte der neueren deutschen Psychologie. Erster Band. Zweite völlig umgearbeite Auflage. Berlin 1902.

Auf 606 Seiten schildert der fleissige Verf. die deutsche Psychologie des 18. Jahrhunderts von Leibnitz bis zum Auftreten Kants. Dass nicht nur bahnbrechende oder doch fördernde Schriftsteller, sondern auch eine breite Masse in gleichem Schritt und Tritt Mitgehender verhältnissmässig eingehende Darstellung gefunden haben, macht die erste Hälfte des Bandes zu einer etwas ermüdenden Lectüre, obwohl die Einordnung der Einzelnen in zweckmässig gewählte Gruppen zur Uebersicht beiträgt. Unwillkürlich drängt sich der Vergleich mit *R. Sommer*'s „Grundzügen einer Geschichte der deutschen Psychologie und Aesthetik von Wolff-Baumgarten bis Kant-Schiller" auf. Doch liegen die Vorzüge beider Werke in so verschiedenen Richtungen, dass keines derselben durch die Vergleichung verliert. Führt uns *Sommer* unmittelbar von Höhe zu Höhe und zeigt uns überall die

Richtung des Weges in hellster Beleuchtung, so lässt *Dessoir* uns langsam durch breite Thäler wandern, so dass wir mehr, freilich darunter auch minder Anziehendes sehen und durch die Fülle des Gebotenen leichter vom Wesentlichen abgelenkt werden. Zur vorläufigen Klärung ist *Sommer*, zum Nachschlagen *Dessoir* geeigneter. Fehlen Letzterem aber auch die scharfen Umrisszeichnungen und die deutlichen Wegweiser des Ersteren, so giebt er in den beiden letzten Abschnitten seines Werkes vorzügliche Zusammenfassungen des Bestandes und der Wirkungen der deutschen Psychologie im 18. Jahrhundert, denen das *Sommer*'sche Buch, entsprechend der Verschiedenheit des Zweckes, nichts Aehnliches zur Seite zu stellen hat. In diesem zweiten Theil wird man nirgends über Längen zu klagen haben, wohl aber sich überall des kundigen und umsichtigen Führers erfreuen. Ein besonderes Kapitel behandelt die „Beziehungen zur theoretischen und praktischen Medicin“, und wenn hier die Psychopathologie und Psychotherapie nur einen kleinen Raum einnimmt, so ist dies durch die Bestimmung des Buches begründet. Wir aber müssen dem Verf. besonders dankbar sein, nicht nur, weil er die psychologischen Anschauungen des 18. Jahrhunderts in grosser Vollständigkeit gesammelt und geordnet darbietet, sondern auch, weil er uns die Bedeutung vieler psychologischen Eintheilungen und Ausdrücke nachweist, die wir in älteren philosophischen und ärztlichen Schriften antreffen, ohne sie immer gleich ihrem wahren Sinne und ihrer Herleitung nach feststellen zu können. Ein ausführliches Sach- und Namenverzeichniss erleichtert die Benutzung des Werkes, dessen zweiten Theil wir in einigen Jahren zu begrüssen hoffen dürfen.

Hans Laehr.

Kleinere Mittheilungen.

Ueber die Steuerpflicht der Irren — hat das Oberverwaltungsgericht kürzlich eine Entscheidung der Vorinstanz vernichtet, die nunmehr — es ist der Bezirksausschuss zu Liegnitz — erneut zu befinden haben wird. Der Magistrat in Görlitz hatte den Kupferschmiedemeister Franz Wiese, welcher in eine Nervenheilanstalt nach Görlitz gebracht worden war, für das Jahr 1900 als Forensen mit einem Theil seines Einkommens zur Gemeinde-Einkommensteuer herangezogen. Nach fruchtlosem Einspruch erhob der Pfleger des Wiese, Kämmerer Stanulla in Rosenberg (Oberschlesien), gegen den Görlitzer Magistrat Klage im Verwaltungsstreitverfahren beim Bezirksausschuss zu Liegnitz mit dem Antrage auf Freistellung, da geisteskranke Personen ihren Aufenthalt nicht selbständig wählen können und nicht verfügungsfähig seien. Der Magistrat in Görlitz hingegen beantragte die Abweisung der Klage, da es nicht auf den Willen des Geisteskranken, sondern auf die Anordnung des Pflegers ankomme. Der Bezirks-Ausschuss zu Liegnitz wies denn auch die Freistellungsklage ab, da Wiese mit dem Einverständniss des Pflegers sich in der Anstalt in Görlitz befinde; der Wille des Pflegers Stanulla ersetze vorliegend den Willen des erkrankten Wiese. Diese Entscheidung focht der Pfleger Stanulla aus Rosenberg durch Revision beim Oberverwaltungsgericht an und betonte, er sei erst viele Monate nach der Aufnahme des Wiese in die Nervenheilanstalt zum Pfleger bestallt worden; der Wille des Pflegers habe daher bei der Ueberführung des Wiese in die Görlitzer Anstalt überhaupt nicht mitgewirkt. Das Oberverwaltungsgericht, unter dem Vorsitz des Präsidenten von Roon, hob denn auch die Entscheidung des Vorderrichters auf und wies die Sache zur anderweitigen Entscheidung an den Bezirks-Ausschuss in Liegnitz zurück. (Bresl. Morgenztg. No. 237, 1902.)

Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts über die im Bau begriffene Irrenanstalt betreffs der Steuer im Grundbesitz. – Die in der Gemeinde Reusrath belegene Provinzialirrenanstalt Galkhausen

ist im Laufe des Steuerjahres 1899-1900 erbaut worden. Für dieses Jahr wurde der Provinzialverband der Rheinprovinz seitens der Gemeinde Reusrath zur Steuer vom Grundbesitz für diejenigen Grundstücke herangezogen, welche zu der im Bau begriffenen Anstalt gehörten. Die von dem Provinzialverbande nach vergeblichem Einspruch erhobene Befreiungsklage wurde sowohl von dem Kreisausschusse zu Solingen wie vom Bezirksausschusse zu Düsseldorf kostenpflichtig zurückgewiesen. Letzterer war nämlich der Ansicht, dass die Voraussetzungen des § 24 litt. h und i und litt. c des Communalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893, auf die sich der Befreiungsantrag stützte, für den vorliegenden Fall nicht anwendbar seien, erstens weil wegen der Unfertigkeit des Baues und der Bedachung die Aufnahme von Kranken nicht möglich gewesen sei und zweitens, weil eine Provinzialirrenanstalt als zum öffentlichen Gebrauche oder Dienst bestimmt überhaupt nicht angesehen werden könne. Gegen dieses Urtheil legte der Kläger nunmehr Revision bei dem Oberverwaltungsgericht ein, die jedoch ohne Erfolg war und zwar aus folgenden Erwägungen: Es trifft nicht zu, wie Kläger annimmt, dass während der Vorbereitungen für Errichtung eines Krankenhauses mit Zubehör ein solches bereits vorhanden ist, oder dass von dem Tage an, an dem Grundstücke den Zwecken solcher Anstalt entsprechend behandelt werden, auch der Grund für ihre Steuerfreiheit aus litt. h und i a. a. O. gegeben sei; die Krankenpflege findet noch nicht statt, und kann noch nicht stattfinden. So ist auch in einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 2. Juli 1901 ausgesprochen worden, dass der Zweck eines Kirchengebäudes erst verwirklicht wird durch seine Benutzung für den Gottesdienst, nicht schon durch Inangriffnahme des Baues, oder durch Ausscheidung des betreffenden Grundstücks aus werbender Nutzung. Darin ist aber dem Bezirksausschuss nicht beizutreten, dass § 24c des Communalabgabengesetzes hier nicht von Bedeutung sei. Die Fürsorge für das Irren- und Armenwesen ist eine anerkannte Pflicht des Staates, zu deren Erfüllung communale Körperschaften, insbesondere die Provinzialverbände, berufen und ausgestattet worden sind; demnach dienen die Provinzialverbände, indem sie die ihnen durch Gesetze vom 8. Juli 1875 und vom 11. Juli 1891 zugewiesenen Aufgaben erfüllen, der Oeffentlichkeit und sind demnach die von ihnen in Wahrnehmung jener öffentlichen Obliegenheiten eingerichteten Irrenhäuser für einen öffentlichen Dienst oder Gebrauch bestimmt. War hiernach die von Rechtsirrthum nicht freie Vorentscheidung insoweit unhaltbar, so musste sie doch bei freier Beurtheilung aufrecht erhalten werden. Die Klage kann ebenso wenig auf § 24c wie auf § 24h und i a. a. O. gestützt werden, weil die Bestimmung zu einem öffentlichen Dienste oder Gebrauche nur dann Steuerbefreiung zur Folge hat, wenn auch die Verwendung zum Bestimmungszwecke stattfindet, d. h. wenn die fragliche Bestimmung zur Verwirklichung gelangt. Daran fehlte es aber im vorliegenden Falle zur Zeit der Veranlagung noch. (Krefeld. Bürgerztg. No. 228, 1902.)

Die Irrenabtheilungen an den Strafanstalten in Preussen. — Seit 1. April 1898 eingerichtet bei dem Gefängnisse in Breslau für 39 Gefangene, seit 1. October 1900 bei der Strafanstalt in Münster für 60, bei dem Gefängnisse in Köln für 33, seit 1. April 1901 bei dem Strafgefängnisse in Halle, seit 1901 bei der Strafanstalt in Graudenz. In der Irrenabtheilung zu Moabit mit 55 geisteskranken Verbrechern und in Köln ist ein zweiter Arzt hinzugefügt worden. (Deutsche med. Wochenschrift vom 20. Februar 1902.)

Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts betreffs der Steuerpflicht der Privatheilanstalten. — „Die Auffassung, dass auch der Betrieb einer vom Arzte betriebenen und geleiteten Irren- oder Nervenheilanstalt regelmässig gewerbesteuerpflichtig sei, ist bereits in späteren Entscheidungen des Gerichtshofes (Bd. VII der Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen, S. 419 Bd. 433) eingeschränkt worden. Hiernach ist bei derartigen, von einem Special-Irrenarzt unterhaltenen Anstalten für die Beurtheilung der Steuerpflichtigkeit allein der Zweck des Unternehmens entscheidend. Dient der Anstaltsbetrieb als Mittel zum Zweck der irrenärztlichen Thätigkeit, so ist die Gewerbesteuerpflicht nach § 4 No. 7 des Gewerbesteuergesetzes vom 24. Juni 1891 ausgeschlossen."

Ueber die Selbstmorde in Preussen — wird das statistische Ergebniss für 1900 vom königlichen Statistischen Bureau mitgetheilt. Darnach endeten in diesem Jahre im Staate 6660 Personen, 5257 männliche und 1403 weibliche, durch Selbstmord. Unter der Gesammtzahl befinden sich Fälle gemeinsamen Selbstmordes 42, solche mit gleichzeitiger Tödtung anderer Personen 17, mit Verdacht der Tödtung durch fremde Hand 13, und solche Fälle, in denen die Möglichkeit einer Verunglückung nicht völlig ausgeschlossen war, 205. Ueber die Art der Selbstmorde im Berichtsjahre geben folgende Ziffern Aufschluss. Es starben Personen

durch	m.	w.	zus.
Erhängen	3216	633	3849
Erdrosseln und Erwürgen	5	1	6
Ertränken	718	525	1243
Erschiessen	832	32	864
Erstechen	26	3	29
Schnitt in den Hals	89	22	111
Oeffnen der Adern	30	13	43

durch	m.	w.	zus.
Aufschneiden des Bauches	2	—	2
Einnehmen fester und flüssiger Gifte	148	81	229
Einathmen giftiger Gase	7	22	29
Ueberfahrenlassen (Eisenbahn) . . .	106	16	122
Sturz aus der Höhe	72	52	124
Andere Mittel	6	3	9

Die Beweggründe sind nur zu einem Theil ermittelt worden. In 1118 Fällen blieben die Beweggründe uubekannt. Fast ein Drittel der übrigen Fälle sind auf Geisteskrankheiten (1933) zurückzuführen. Von dieser Ursache entfielen auf die Männer 25,4, auf die Frauen nahezu die doppelte Anzahl, 42,2 v. H. der Gesammtheit der Selbstmorde des betreffenden Geschlechts. Demnach folgen als nächstwichtige Beweggründe zum Selbstmord körperliche Leiden, 11,3 bei den männlichen und 12,2 vom Hundert bei den weiblichen Lebensmüden, Laster (Trunk-, Spielsucht u. s. w.), welches fast ausschliesslich dem männlichen Geschlechte eigen ist und dann seine Selbsttödtung bestimmt, 10,1; Kummer 9,8 bezw. 6,5 und endlich Reue und Scham 8,2 bezw. 7,8 vom Hundert. Im Sommer kommen die meisten, im Winter die wenigsten Selbstmorde vor. (Sor. Ztg. No. 155, 1902).

Nekrolog Hansen. — Durch einen unerwarteten plötzlichen Tod wurde am 9. März d. J. der langjährige Director der Provinzial-Irrenanstalt Schleswig, Dr. *Peter Hansen*, seinem Berufskreise entrissen. Er war der dritte Director seit der Eröffnung der Anstalt im Jahre 1820 und begann in der Schleswiger Anstalt seine psychiatrische Thätigkeit nach abgelegtem Staats-Examen im Jahre 1865.

Nach dem im Jahre 1879 erfolgten Tode des Directors *Rüppell* wurde *Hansen* zu dessen Nachfolger ernannt und übernahm im October 1880 das neue Amt, das er somit fast 22 Jahre verwaltet hat. Die in diesen Zeitraum fallenden wichtigen und mannigfaltigen Wandlungen der Psychiatrie hat er durchlebt und es verstanden, an der ihm anvertrauten Anstalt die alten Einrichtungen allmälig den neuen Anforderungen anzupassen.

Wer die *Griesinger*'sche Periode und die daran sich schliessenden Reformideen mit durchlebt hat, weiss, dass es besonderer Anstrengungen bedurfte, um alte eingewurzelte Vorurtheile zu beseitigen. *Hansen* hat es verstanden, das sich ihm eröffnende neue Arbeitsfeld zu cultiviren, unverdrossen hat er gestrebt, Reformen einzuführen, in dem vielfachen, anregenden Verkehr mit Collegen anderer Anstalten und durch eigene Anschauung das Passendste auszuwählen und in der ihm anvertrauten Anstalt zur praktischen Ausführung zu bringen.

Als *Hansen* im Jahre 1865 in die Anstalt eintrat, betrug die Krankenzahl 600, um in den späteren Jahren allmählich gegen 900 anzusteigen. Die zum Theil alten Gebäude mussten dementsprechend durch vielfache Umbauten erweitert werden. Daneben sind moderne Neubauten entstanden, die den Anforderungen der Neuzeit, namentlich mit dem überall eingeführten Ueberwachungsdienst entsprechen. Auch konnte er eine Lieblingsidee zur Ausführung bringen, die Errichtung einer Kolonie für ruhige Kranke und Reconvalescenten auf dem Wirthschaftshofe. Durch diese neuen Einrichtungen hat *Hansen* es verstanden, die Anstalt den Anforderungen der Neuzeit anzupassen.

Neben den vielfachen Verwaltungsgeschäften hat *Hansen* auch noch vielfache andere Interessen vertreten; er war Mitglied der Aerztekammer und nahm regen Antheil an vielen gemeinnützigen Einrichtungen. Sein Haupt-Interesse aber gehörte den ihm anvertrauten Kranken, für die er stets eine wahre Theilnahme zeigte und stets bereit war zu helfen und zu rathen, wo es nöthig erschien. Die liebenswürdigen Charaktereigenschaften, die Alle, welche im persönlichen Verkehr ihm näher getreten sind, kennen gelernt haben, verfehlten auch nicht, im täglichen Verkehr mit den Kranken ihren Einfluss zu zeigen. Bei der stets hervortretenden Fürsorge für seine Kranken bildete sich ein schönes patriarchalisches Verhältniss aus, so dass jeder vertrauensvoll zu dem Leiter der Anstalt emporblickte. Dieses Gefühl kam auch zum Ausdruck, als ein plötzlicher Tod so Vielen den Berather und Vertreter entrissen hatte; mit den Nächststehenden trauerten auch zahlreiche Kranke bei der unerwarteten und plötzlichen Trauerkunde in aufrichtiger Theilnahme. Wer den Verstorbenen gekannt hat in seiner kräftigen, rüstigen Erscheinung, der glaubte, dass dem 62jährigen noch ein langes Leben beschieden sei; indessen bei scheinbar voller Gesundheit brach plötzlich eine tückische Peritonitis in Folge von Perforation des Wurmfortsatzes aus. *Hansen* selbst erkannte zunächst die Gefahr nicht, unterzog sich aber auf den Rath eines hinzugezogenen Chirurgen bereitwillig einem operativen Eingriffe. Leider stellte sich dabei heraus, dass es bereits zu einer ausgedehnten eitrigen Entzündung gekommen war, womit die Hoffnung auf einen günstigen Ausgang zu nichte wurde. Nach nur 5tägigem Krankenlager endete ein sanfter Tod das Leben. Eine Wittwe und zwei Kinder trauern um den zu früh verlorenen Vater; wir Uebrigen betrauern den Verlust eines erfahrenen, unermüdlich schaffenden Directors und liebenswürdigen Collegen. Sein Andenken wird in Ehren bleiben.

Dr. *Adler*.

Personal-Nachrichten.

Dr. Julius Ritter *Wagner v. Jauregg*, Prof. u. Vorstand der psych. Klinik an der niederöstr. Landesirrenanst. in Wien ist an Stelle des in Ruhestand getretenen und nach Graz verzogenen Prof. Freiherr Dr. *v. Krafft-Ebing* getreten.

Dr. *Hoche*, Prof. u. Oberarzt der Psych. Klinik in Strassburg ist als Prof. u. Dir. der Psych. Klinik an Stelle des in Ruhestand getretenen Prof. Dr. *H. Emminghaus* berufen worden.

Dr. *Lantzius-Beringa*, 2. Arzt der Privat-Heilanst. zu Weilmünster, ist zum Director,

Dr. *Herm. Pfister*, Privatdoc. der Psych. u. Oberarzt der Psych. Klinik zu Freiburg ist zum Prof. e. o. ernannt worden.

Dr. *E. Kraepelin*, Prof. u. Director der Psych. Klinik in Heidelberg, hat den Charakter als Hofrath,

Dr. *Franz Fischer*, Director der Heilanstalt Pforzheim, Baden, den als Geh. Medicinalrath,

Dr. *Bartels*, Director der Privatheilanstalt in Ballenstedt i. H. den als Sanitätsrath,

Dr. *Otto* und Dr. *Kortum*, Oberärzte der st. Irrenheilanstalt zu Herzberge bei Berlin, den als Sanitätsrath erhalten.

Dr. *Theobald Güntz*, Hofrath u. fr. Dir. d. Privatheilanstalt Thonberg bei Leipzig, später zu Wiesbaden, ist am 1. Juli 1902 in Ems gestorben.

Ueber Paranoia chronica querulatoria.

Von

Prof. Dr. **Hermann Pfister,**
erstem Assistenzarzte der psychiatrischen Klinik Freiburg i./B.

Der folgenden Veröffentlichung liegt ein Obergutachten zu Grunde, welches ich im Januar 1901 über einen an Paranoia chronica querulatoria leidenden Agenten erstattet habe. Die Literatur über solche chronisch Paranoische ist zwar nicht klein, aber doch auch noch nicht gross genug, um die Mittheilung eines genau beobachteten Falles werthlos oder überflüssig erscheinen zu lassen (vergl. *Köppen*[1]), zumal wenn derselbe Einblick thun lässt in die Art und Weise der raisonnirenden Wahnbildung, deren Studium noch keineswegs abgeschlossen ist (vergl. *Köppen*[2]) S. 3). Somit dürfte schon allgemeines casuistisches Interesse unsere Veröffentlichung rechtfertigen. Aber auch aus weiteren Gründen schien mir dieselbe angemessen. Denn der vorliegende Fall illustrirt wieder treffend, was solche Querulanten im Laufe der Jahre den Behörden und Privaten für Arbeit, Schwierigkeiten und Kosten verursachen. Er zeigt, wie unfähig meist psychiatrische Laien sind, diese Krankheitszustände als solche zu erkennen, in ihrer Tragweite zu würdigen, und welch unsinnige Folgen also eine Begutachtung Geisteskranker durch Laienkommissionen, wie sie von gewissen Kreisen seit den diesbezüglichen Hetzartikeln der Kreuz-Zeitung 1892/93 (vergl. *Hitzig*[3]) S. 6) immer wieder gefordert wird, haben

---

[1]) *Köppen*, Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. Arch. f. Psych. Bd. 28.

[2]) *Köppen*, Beitrag zur forensischen und klinischen Beurtheilung des sog. Querulantenwahnsinns. Charité-Annalen. XIX. Jahrg.

[3]) *Hitzig*, Ueber den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.

müsste. Neben dem casuistischen Interesse, das durch einige symptomatologische Besonderheiten noch erhöht wird, giebt dann unser Fall zu einer Reihe von forensisch-psychiatrischen Fragen Anlass, die Gegenstand späterer Abhandlungen bilden sollen und für deren Erörterung die vorherige Publication dieses Gutachtens ebenfalls nöthig erschien. Die reiche Vorgeschichte unseres Falles (in 31 Fascikeln enthalten), welche die Genese des Krankheitszustandes gut verfolgen lässt, konnte wegen Raummangels hier leider nicht genauer wiedergegeben werden.

An das Grossherzogliche Landgericht Freiburg, Civilkammer III.

Hohem Gerichtshofe erstatte ich unter Berufung auf meinen im allgemeinen geleisteten Sachverständigen-Eid das in Wohldesselben verehrlicher Requisition vom 21. October 1900 in Anregung gebrachte Gutachten, in welchem ich mich über den Geisteszustand des Rubrikaten zu äussern habe. Das Gutachten stützt sich einmal auf die zahlreichen Vorakten des W. und weiterhin auf die Ergebnisse der Beobachtung des Rubrikaten in hiesiger psychiatrischer Klinik, in welcher derselbe vom 13. October bis 23. November 1900 verweilte, von handgelübdlich bezw. eidlich verpflichtetem Personale überwacht und von mir selbst täglich, meist mehrfach gesehen, und eingehendst auf seinen geistigen Zustand untersucht wurde. Die überlassenen Akten (18 Fascikel und 13 Beilagehefte) gebe ich anbei mit Dank zurück.

Folgendes diene zur Aufklärung der Vorgeschichte des Rubrikaten, soweit dieselbe aus den zahlreichen Akten zu ersehen ist.

A. W. wurde am 8. April 1872 in G. geboren, besuchte daselbst die Volksschule, aus der er am 20. April 1886 als 9. unter 23 Schülern entlassen wurde. Er suchte dann als Bandweber (Fabrikarbeiter) Verdienst, nahm im August 1892 erfolgreich einen schriftlichen Schönschreibkurs bei Gebrüder G. in Stuttgart und genoss dann einige Zeit brieflichen Unterricht durch das Handelsinstitut von O. S. in Elbing. Ein Zeugniss desselben vom 7. December 1892 besagt, dass W. „auf brieflichem Wege die nothwendigen Kenntnisse im kaufmännischen Rechnen, Contorpraxis, Wechsellehre und deutscher Handelscorrespondenz sich anzueignen bemüht war, hinlängliches Verständniss entwickelt hat und die ihm aufgetragenen Arbeiten mit energischem Fleiss befriedigend ausgeführt hat." Am 9. Juli 1894 wurde Rubrikat wegen bedingter Tauglichkeit der Ersatzreserve überwiesen. Schon vorher war W. mit den Behörden in Conflikt gekommen, wie aus folgendem Auszug aus der Vorgeschichte des Gutachtens hervorgeht. Am 17. Juli 1890 war er wegen Thätlichkeit vom Bezirksamte Sch. zu einem Tage Haft, am 16. September 1890 vom Schöffengericht Sch. wegen Beleidigung zu 5 Tagen Haft verurtheilt worden. Schon damals wurde er als „frecher und willkürlicher Mensch", als bösartig und boshaft bezeichnet.

Es folgten dann Strafen wegen Betrugs bezw. Betrugsversuchs (6 Wochen Gefängniss durch Urtheil des Schöffengerichts S. (8. Juni 1893), 7 Wochen Gefängniss (Urtheil des Schöffengerichts L. vom 12. April 1893). Schon damals fielen W.s grossthuerisches Auftreten, seine Bittgesuche an Kaiser und Grossherzog mit der Motivirung „Strebsamkeit und Begabung" auf. Später eröffnete W. dann ein Agenturgeschäft in L., kam durch sein unsauberes Geschäftsgebaren, sein beleidigendes Vorgehen gegen jedermann, der nicht mit ihm handelseinig wurde, bald in zahlreiche Conflikte. Verschiedentlich wurde Betrugsanzeige gegen ihn erstattet, worauf durch die Bezirksrathsitzung L. vom 20. December 1898 ihm der Agenturgeschäftsbetrieb untersagt wurde. Seine Einsprachen, Beschwerden beim Ministerium, beim Staatsminister, die in ihrem Inhalte äusserst charakteristisch für die eigenartige Verschrobenheit der moralischen und Rechtsbegriffe W.'s sind, wurden zurückgewiesen, worauf W. erklärte, trotz Allem sein Geschäft weiter zu betreiben. Als neue unsaubere geschäftliche Manipulationen W.s zur Kenntniss des Bezirksamts kamen, erfolgte wegen Uebertretung des Agenturverbots unterm 14. August 1899 neue Bestrafung (150 Mk. oder 4 Wochen Haft). In einem Berufungsschreiben vom 23. August nennt W. die Anschuldigungen „reine Verleumdungen", jedenfalls nur gemacht, „um mich meines Verdienstes berauben, ungerecht bestrafen und als badischer Unterthan, der im Besitz der Ehrenrechte ist, aus L. vertrieben zu können —, ruhe nicht bis ich mein Recht und das mir abgepresste Geld erlangt habe —, Recht muss Recht bleiben. —"

Am 12. April 1899 stellten die Steuerdirektion Karlsruhe, am 20. Mai 1899 das Gendarmerie-Corps Strafantrag gegen W., da dieser gegen den Steueroberaufseher B. und den Wachtmeister Sch., der ihn protokollierte, beleidigend geworden war. W. wurde im Verlaufe der Angelegenheit zu 14 Tagen Gefängniss (25. Juli 1899) verurtheilt, welche Strafe er nach fruchtlosen Berufungen, Beschwerden beim Minister u. s. w. schliesslich verbüsste. Da seine Eingaben an alle möglichen Stellen erfolglos geblieben waren, wandte sich W. beschwerdeführend an die Staatsanwaltschaft Freiburg. Das bezügliche Schreiben enthält u. A. folgende Stellen: „— dass das Vorgehen betreffender Behörde gegen mich ein höchst ungerechtes ist, muss jeder vernünftige Mensch zugeben, dass jedoch betreffende Behörde glaubt, die mich bereits im Dezember letzten Jahres meines Unterhaltes beraubt, beleidigt, verleumdet und geschäftlich geschädigt hat, sowie erpressungsmässige Forderungen an mich machte dies nochmals zu wiederholen werde ich ihr zu vertreiben wissen und wegen des gemeinen Vergehens gegen mich noch diese Woche Schritte vornehmen. — — wundert mich nur für was wir in Baden eigentlich eine Polizeibehörde haben, da ich für unnütze Schreibereien an eine derartige Behörde keine Zeit habe, so werde ich mich jetzt auf den Gerechtigkeitssinn unseres geliebten Grossherzogs Friedrich berufen —, — in welch schändlicher Weise badische Unterthanen von betreffender badischer Behörde die dafür schöne Gelder bezieht, behandelt werden —, — und

werde trotz Unterhaltsberaubung mein Agenturgeschäft betreiben. —" (Aehnlich charakteristische Auslassungen finden sich in den meisten der zahlreichen Schreiben W.s.) Das Bezirksamt verzichtete unterm 21. Juli 1899 auf Stellung neuen Strafantrags gegen W., da es ihn für einen Querulanten ansah. Wegen Beleidigungen, die W. in einem Schreiben vom 23. August 1899 an den Landeskommissär gegen den Bezirksrath aussprach, stellte aber dann das Ministerium des Innern Strafantrag. W. wurde daraufhin am 29. November 1899 zu 3 Wochen Gefängniss und Kosten verurtheilt. — Wegen Beleidigung des Postbeamten G. stellte am 4. August 1899 auch die Oberpostdirektion K. Strafantrag gegen W., ebenso das Gendarmerie-Corps unterm 24. August 1899, da W. einen Gendarmen, der auf eine Denunziation W.s Erhebungen gemacht hatte, eines parteiischen Vorgehens beschuldigt hatte („Sehen Sie meine Herrn Richter, so handelt die Gendarmerie in L."). Wegen dieser Beleidigungen wurde Rubrikat am 27. September 1899 durch das Schöffengericht L. zu 70 Mk. Geldstrafe, bezw. 14 Tagen Gefängniss verurtheilt unter Berücksichtigung, dass er ein „hochgradig exaltirter Mensch ist, den die geringste thatsächliche oder vermeintliche Unbill in die äusserste Aufregung versetzt." W. hatte inzwischen auch das Amtsgericht L. in beleidigender Weise angegriffen (Schreiben vom 3. Juli 1899): „— dass man mich mit höchster Bestrafung zwingen will meine Ehre von solchen Beamten mit Füssen treten zu lassen, während man solchen Recht giebt mich verleumdet zu haben ist eine Ungerechtigkeit und ruhe deswegen noch lange nicht, denn das ist eine Uebertretung des § 345 u. 346 R.St.G.B., — dass mich das hiesige Amtsgericht — — durch die Ausdrücke denunziant und queralant als klaglustiger bezeichnet — ist ebenfalls eine Verleumdung und hat betreffende Behörde diesen Trick nur dazu ausersehen mich ungerecht bestrafen und meine Verleumder unbestraft gehen lassen zu können, — es wird mir dann nicht schwer fallen zu beweisen, dass ich soviel Verstand und Vernunft besitze als betreffender, der erwähnte Verleumdung gegen mich geschrieben hat" u. s. w. W. wurde daraufhin zu 50 Mk. Geldstrafe bezw. 10 Tagen Haft verurtheilt.

Am 4. Januar 1900 gab dann der als Sachverständiger gehörte Bezirksarzt Medicinalrath Dr. R.. ein Gutachten ab, das den W. als an Querulantenwahn leidend, als geisteskrank erklärte, worauf der Staatsanwalt Antrag auf Entmündigung W.s stellte (5. Januar 1900). Das alsdann im Entmündigungsverfahren abgegebene Gutachten des Medicinalraths Dr. K. K. nannte W. wohl zeitweise etwas psychopathisch (nicht ausgesprochen paranoisch) und sprach sich gegen seine Entmündigung aus, worauf der Antrag des Staatsanwalts vom Amtsgericht L. abgelehnt wurde (1. April 1900), zumal W. seine „Angelegenheiten" nach den Thatsachen besorgen könne. W. seinerseits bezeichnete in einem Schreiben an die Oberstaatsanwaltschaft in K. den Entmündigungsantrag des Staatsanwalts als „schändliche Verleumdung" und verlangte, dass der Antragsteller bestraft oder „Aerztlich über sein Befinden Untersucht wird". Gegen den Ablehnungsbeschluss des

Amtsgerichts L. erhob der Staatsanwalt sofortige Beschwerde und beantragte weitere sachverständige Beobachtung des W. (eventuell in einer Anstalt). W. erklärte sich am 23. Mai 1900 mit der Beobachtung in einer Anstalt einverstanden, wusste aber den Termin des Eintritts in die Anstalt immer wieder hinauszuzögern, wehrte sich (brieflich) schliesslich auch gegen die angedrohte zwangsweise Verbringung in die psychiatrische Klinik („— auf keinen Fall wird eine zwangsweise Ueberführung nach dort so leicht abgehen und mag dann diesen Falls die Behörde — die Folgen tragen" u. s. w. — Schreiben vom 27. August 1900). Als er sich bis zum October 1900 immer noch nicht freiwillig gestellt hatte, wurde er am 13. October 1900 zwangsweise in die Freiburger Klinik verbracht.

Eigene Beobachtung.

Rubrikat erschien in Begleitung von 2 Beamten in der Klinik, benahm sich beim Empfang ruhig, geordnet und seinem Stande entsprechend, folgte ohne Widerstreben zur Abtheilung. Da die Anstaltsdirektion bereits aus den Akten einen Einblick in die Eigenart des Rubrikaten gewonnen hatte, war angeordnet worden, dass W. nicht auf die eigentlich zuständige klinische Ueberwachungsabtheilung für die Normalkranken geführt, sondern auf der Abtheilung für Privatkranke im 3. Stock, unter den besten räumlichen Bedingungen untergebracht werden sollte. Ebenso wurden ihm zunächst bezüglich der Verköstigung Zulagen gewährt, die er nicht zu beanspruchen hatte. Die ersten Tage wurde ihm auch bezüglich der ständigen Ueberwachung — Spaziergänge im Garten — gewisse Freiheiten gestattet, um ihm den Uebertritt in die andersartigen Verhältnisse des Anstaltslebens zu erleichtern. Er zeigte sich auch in den ersten Tagen gefügig, entgegenkommend, gab bereitwillig Auskunft, unterwarf sich den Anordnungen, der körperlichen Untersuchung ohne Widerstreben.

Die am 17. October vorgenommene, späterhin mehrfach controlirte und ergänzte körperliche Untersuchung ergab Folgendes:

W. ist ein 170 cm grosser, ziemlich gracil, ebenmässig und im allgemeinen (vergl. später) symmetrisch gebauter Mann, von einem Gewicht von 59 kg. Die äussere Haut und sichtbaren Schleimhäute sind etwas blass, ohne besonders auffällige Narben und Pigmentirungen. Der Kopf ist von mässig dichten, am Scheitel stark gelichteten, schwarzen Haaren bedeckt. Bartwuchs stark: Backen- und Kinnhaare tief schwarz, Schnurrbart dazu contrastirend aus braunen, straffen Haaren bestehend. Die Haut des Körpers zeigt ebenfalls auffällig starke Behaarung, besonders über Brust, Achseln und über den Schulterblättern. Die schwarzen Haare stehen zum Theil in Spiraltouren, besonders über den Achseln. Die Brustbehaarung ist mit der breit entwickelten Schambehaarung durch einen in der Mittellinie herabziehenden, ca. 1,5 — 2 cm breiten, dicht mit straffen, langen Haaren besetzten, mähnenartigen Streifen verbunden.

Auch Gesäss und Beine zeigen ziemlich reichliche Behaarung. Das Fettpolster ist sehr gering, die Muskulatur, mässig kräftig entwickelt, zeigt

überall normalen Tonus (Spannungszustand), das Knochengerüst zeigt Spuren von Rachitis (englischer Krankheit). —

Was nun die näheren Verhältnisse des Kopfes betrifft, so zeigen die Masse desselben keine besonderen Abweichungen, der grösste Längsdurchmesser beträgt 18 cm, der grösste Breitendurchmesser knapp 15 cm, die Stirnbreite 11 cm. Die Ohren stehen mässig ab. Das Ohrläppchen ist rechts nicht vollkommen entwickelt, kleiner als links und nicht gut abgesetzt (Degenerations-Entartungszeichen?). Das gelblich-blasse, von schwarzen Bartstoppeln umrahmte Gesicht macht von vorne betrachtet einen auffälligen, fremdartigen Eindruck, der sich bei näherer Prüfung verursacht zeigt durch Bildungsstörungen der Stirne, des Nasenrückens und der Augenpartieen. Es zeigt sich nämlich in den oberen Partieen des Gesichts eine deutliche Asymmetrie (Ungleichheit) zwischen rechts und links. Der rechte Augenwulst des Stirnbeins und die Augenbraue stehn tiefer als die linkseitigen. Beide Augenschlitze stehen etwas schief (mongoloid), der des linken Auges sehr merkbar schiefer als der rechte (hindeutend auf eine Bildungsanomalie der die Augenhöhle umschliessenden Schädelknochen, speciell Bildungsstörung des Stirnbeins (Belastungszeichen). Die linke Lidspalte ist fernerhin kleiner als die rechte. Die Haut des Stirnbeins ist nicht, wie gewöhnlich, den Nasenwurzelknochen angeheftet, sondern sie zieht vom Stirnbein frei gespannt über die tief liegende Nasenwurzel hinweg in breiter Brücke hinab nach dem Nasenrücken zu, wodurch das Mongoloide des Gesichts verstärkt wird, indem man bei der Betrachtung von vorn den Eindruck hat, als gehe die Stirnbeinfläche direkt in die breit ausgeladene Nasenwurzel über. Die Bildung der Kiefer zeigt in den breiten flachen Zahnfortsätzen, der Stellung von Schneide- und Eckzähnen in einer Front Spuren von Rachitis. Die Zähne sind meist gut erhalten. Die Mandeln sind etwas vergrössert, die Rachenschleimhaut geröthet, schleimig-eitrig belegt (chronischer Catarrh).

Der Hals ist verdickt durch hühnereigrosse, cystische, von beiden Seitenlappen ausgehende Kropfbildungen. Auch der Mittellappen der Schilddrüse ist deutlich fühlbar. Die Wirbelsäule zeigt im untern Brust- und Lendentheil leichte Verbiegungen. Der Brustkorb ist etwas flach, erweitert sich bei der Athmung gleichmässig. Die Lungenspitzen stehen beiderseits gleich hoch. Die Lungengrenzen sind normal, beim Athmen gut verschieblich. Eine deutliche Veränderung des Klopfschalles, oder Veränderungen des Athemgeräusches, die auf Schwindsucht u. s. w. deuten, waren nicht nachzuweisen. — Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert. Der Herzspitzenstoss im Liegen und Sitzen nicht sichtbar, schwach fühlbar an normaler Stelle. Herztöne leise, dumpf, ohne deutliches Geräusch. Der 2. Ton über der Aorta (Hauptschlagader) etwas klappend. Die Herzthätigkeit — der Puls — oft leicht beschleunigt, ca. 75 Schläge in der Minute, die Pulswellen regelmässig, gleichgross, etwas klein und weich. Die Arterienwandungen sind nicht fühlbar verändert. Der Unterleib ist mässig

aufgetrieben, nicht schmerzhaft (auch die Magengegend nicht bei Druck), zeigt keine Organveränderungen. In der rechten Leistengegend sind mehrere erbsengrosse, nicht schmerzhafte Drüsen zu fühlen. Hoden nicht verändert. Auf dem Rücken des Geschlechtsgliedes (2 cm hinter der Kranzfurche) eine kleine, unregelmässig geformte Hautnarbe. Der Urin zeigt normales, specifisches Gewicht, ist sauer, frei von auffälligen Bestandtheilen. Stuhl leicht angehalten, von normaler Beschaffenheit.

Bezüglich der Befunde am Nervensystem ist hervorzuheben, dass die Bewegungsfähigkeit nicht gestört ist. Die Bewegungen im Bereich der Hirn- wie Rückenmarksnerven erfolgen frei, mit Kraft und Sicherheit, manchmal allerdings etwas auffällig hastig und mit übermässiger Excursion (so beim aufstehen, ins Bett gehen u. s. w.). Ferner fällt auf, dass die gerade im Munde liegende Zunge etwas sich unruhig hin und herbewegt. Beim Vorstrecken verstärkt sich die Unruhe, zugleich tritt feines Zittern der Zunge auf.

Auch die ausgestreckten Finger zeigen geringes, feinschlägiges Zittern.

Was das Empfindungsvermögen betrifft, so zeigen die höheren Sinne (Hör-, Seh-, Schmeck- und Riechvermögen) keine bemerkenswerthen Abweichungen vom Normalverhalten. — Berührungen der Haut werden überall richtig wahrgenommen, lokalisirt und ebenso wie Wärme- und Kältereize gut unterschieden. — Bei Schmerzreizen (Nadelstichen) ist die Reaction an den untern Gliedmassen etwas schwach, an Kopf und Rumpf, sowie Armen normal.

Kitzeln, auch unabsichtliches leises Berühren gewisser Körperstellen (an Rücken, Gesäss) ruft lebhafte Reaction hervor (Abwehrbewegungen, auffälliges Lachen). Lage- und Bewegungsempfindungen normal; Störungen im Zusammenwirken der Muskelbewegungen, Schwanken bei Augenschluss fehlen.

Bezüglich der Reflexe ist zu bemerken, dass die Pupillen mittelweit, beiderseits gleich, rund sind und prompt reagiren. Gaumen-, Rachen-, Bauchhaut-, Cremaster (Hodenheber-) Reflexe vorhanden. Ebenso die Arm-, Achilles-, Sehnenreflexe auslösbar.

Fusssohlenreflexe schwach. Kniesehnenreflexe beiderseits auffallend ebhaft. Die Muskeln sind nicht mechanisch reizbar, die Gefässnerven schwach erregbar.

Die Urin- und Stuhlentleerung erfolgt in normaler Weise. Sexuelle Erregbarkeit mässig, Potenz und Zeugungsfähigkeit vorhanden (2 Kinder). —

Was nun das allgemeine psychische Verhalten des Rubrikaten betrifft, so zeigte er sich stets wohlorientirt über seine persönlichen, die zeitlichen und örtlichen Verhältnisse. Sein Wissen erwies sich seinem Stande und Bildungsgange entsprechend, das Gedächtniss im allgemeinen gut, ohne nachweisbare Lücken.

Von den speziellen Beobachtungen, die im Verlaufe seines Anstaltsaufenthaltes gemacht wurde, sei folgendes als bemerkenswerth notirt. In

den ersten Tagen zeigte sich W. ruhig, ernst, überall scharf, etwas sehr misstrauisch beobachtend, wenig mittheilsam. Gegen die Aerzte benahm er sich sehr freundlich, zeigte im Gespräch öfter sogar ein conventionelles Lächeln. Auf die ersten gelegentlichen Fragen bestätigte er ohne Affect, dass er sich von den Behörden ungerecht behandelt, geschädigt glaube, äusserte, dass sein Aufenthalt in der Klinik für ihn ein Vortheil sein müsse, da man hier seine Gesundheit konstatiren werde.

Bezüglich seiner körperlichen Gesundheit gab er in ernstem Tone an, wiederholt Blutspeien gehabt zu haben, auch jetzt noch daran zu leiden. Auf eingehende Fragen nach wichtigen Momenten seines Vorlebens und seiner Abstammung machte er folgende Angaben: Selbstmord, Geistes-, Nervenkrankheiten, Schwindsucht, Trunksucht seien in Familie und Verwandtschaft nicht vorgekommen. Sein Vater sei (an Nabelfäule?) gestorben, die Mutter lebe, sei gesund. Der Alterunterschied der Eltern habe 21 Jahre betragen. Der Vater habe ein uneheliches Kind gehabt, das nicht habe sprechen lernen, „blöd" gewesen sei (angeblich durch einen Sturz) und für welches der Vater habe zahlen müssen. Er erinnere sich noch, dass die Mutter dieses Kindes immer ins Haus gekommen sei und Geld geholt habe. Seine eigene Mutter habe einen unehelichen, mit 40 Jahren an Wassersucht gestorbenen Sohn von einem Knechte und eine uneheliche Tochter, die lebe, von einem Bürgermeister. Vier seiner ehelichen Geschwister seien klein gestorben. Ein jüngerer, 19jähriger Bruder lebe. Dieser sei stets sehr eigensinnig gewesen, habe sich oft im Zimmer auf den Boden geworfen und wild um sich getreten, so dass die Mutter nicht habe zu ihm hingelangen können. Dann habe er ihn gelegentlich festgehalten und durchgeprügelt. Als Beleg des Eigensinnes seines Bruders erzählt W. ferner noch, dass derselbe einmal eine Trage mit Mist mitten auf der Strasse abgesetzt und stehen gelassen habe, und von der Mutter zuerst ein Butterbrot verlangt habe, ehe er weiter gehe. Auch Vater und Mutter seien sehr zornig gewesen und hätten oft Streit gehabt (ohne dass Eines betrunken gewesen sei) und sich dann die unehelichen Kinder vorgeworfen. Die Mutter habe im Zorne auch einmal, als er ca. 8—9 Jahre alt gewesen sei, ein Messer nach ihm geworfen, das ihn an der rechten Hand getroffen habe, man sehe auf dem Handrücken jetzt noch die Narbe (Patient besitzt in der That an bezeichneter Stelle eine alte kleine Hautnarbe).

Ueber sich selbst wisse er nicht viel anzugeben. Unfälle habe er seines Wissens nie erlebt. Als Kind habe er einmal Lungenentzündung gehabt. Nach der Schulentlassung habe er erst zu Hause und später in Fabriken als Bandweber gearbeitet. Wegen Lungenkatarrhs und Blutspeiens habe er schliesslich seine Arbeit als Weber aufgeben müssen. Von seinem Verdienste habe er sich soviel gespart, dass er sich Bücher zum Studium habe anschaffen können. Später habe er dann ein Agenturgeschäft in L. betrieben. Getrunken habe er nie. Zweimal habe er den Tripper gehabt (sonst keine Geschlechtskrankheit). Intensive Neigung zum Geschlechts-

verkehr habe er nicht, könne denselben gut lange entbehren, doch habe er gebotene Gelegenheit meist benutzt. Pollutionen habe er auch bei langer Entbehrung nicht, seinem Verhältniss der Luise B. gegenüber sei er kalt, auch beim Coitus sei er nicht stark wollüstig erregt. Seine Braut habe ein Kind von ihm, das im November ein Jahr alt sei und für das er bisher 20 Mark monatlich habe zahlen müssen. Mit einem 2. Kinde sei sie zur Zeit schwanger. Da er auch für dieses Kind werde zahlen müssen, so wolle er das Mädchen lieber heirathen. —

Während des Anstaltsaufenthaltes klagte W. bald über schlechten Schlaf, den er auf die ungewohnten Betten zurückführte. Am Tage seines Eintrittes hatte er einen Eilbrief (in geschäftlichen Angelegenheiten) an seine Braut gesandt. Am 15. October schrieb er mit dem Vermerk „eilt sehr“ einen Brief an seinen in Karlsruhe lebenden Bruder, den er beauftragte, sich sofort bei der Luise B. zu erkundigen, ob und wann sie den erwähnten Eilbrief erhalten habe. Man solle ihm von L. keine Briefe schicken, weil in der Klinik Alles gelesen würde. Die Verpflegung in der Klinik nennt W., der wie bemerkt, anfangs mit besonderen Zuthaten verpflegt wurde, „soweit bis jetzt gut, man hat jedoch Verschiedenes gegen mich angeordnet, woraus zu sehen ist, dass man ein gewisses Misstrauen gegen mich hegt, warum, weiss ich nicht. Näheres hierüber berichte ich dir nach meiner Entlassung von hier.“ — „Habe jedoch keine Sorge für mich, ich werde dies Unglück, dass mir in meinem Vaterlande Baden, ohne Grund auferlegt wurde, als Mann mit Würde tragen, wenn ich dann entlassen bin, wollen wir über die Sache mit meinem Herrn Rechtsanwalt sprechen und diesbezügliche Schritte gegen diejenigen einleiten die mich in grundloser Weise zwangsmässig hierher bringen liessen .... und unsere mackellose Familie in schändlicher Weise zu brandmarken suchen.“ W. schildert dem Bruder dann seine zwangsweise Verbringung nach der Klinik und schreibt: „Der Polizeiwachtmeister S., welcher mich in L. in Niederträchtiger Weise bei einem Geschäftsmann Verleumdete, wofür ich schriftliche Beweise habe, ist mir auf Schritt und Tritt nachgelaufen und hat mich dies noch gefreut, den wenn ich hätte entfliehen wollen, hätte mich dieser S. mit seinen Kenntnissen nicht eingeholt.“ Weiterhin beauftragt er den Bruder, zu veranlassen, dass er bis längstens am 17. October zur Regelung von Geschäften aus der Klinik entlassen oder beurlaubt würde. Auch an Referent richtete W. ein ähnliches Ersuchen, das aber abgelehnt werden musste.

Am 17. October wurde dann unter möglichster Rücksichtnahme die körperliche Untersuchung des Rubrikaten, deren Ergebnisse vorstehend berichtet wurden, durch Referent vorgenommen. Die Befunde wurden einem Praktikanten der Klinik diktirt. Vor diesem Zeugen frug Referent dann bei der Untersuchung den W., ob er erlaube, dass die Klinik seinen auffälligen — Referent interessirenden — Haarwuchs am Körper photographire, was W. vor genanntem Zeugen ohne Weiteres erlaubte. Daraufhin wurden

am Nachmittage des 17. October durch Referenten und den 4. Assistenzarzt der Klinik einige Aufnahmen in einem Saale der Privatabtheilung gemacht, wozu W. sich bereitwilligst auszog und hinstellte, ohne mit einem Worte seine Missbilligung auszudrücken, nur erklärte er, man solle sein Gesicht nicht photographiren, da er nicht wolle, dass ihn Jemand später (auf der Reise u. s. w.) erkenne, der das Bild seines nackten Körpers etwa gesehen habe. Referent versprach ihm darauf, dass keine Abzüge von seinem Gesicht gefertigt und überhaupt Niemand als die Anstaltsärzte die Bilder zu sehen bekommen sollte. Darauf war W. beruhigt, zeigte sich abends freundlich. Am andern Morgen (18. October) klagte er über Halsschmerzen beim Schlucken und darüber, dass er vor dem Frühstück Blutspeien gehabt habe. Wie er später angab, sollte auch nachmittags beim Gurgeln etwas Blut gekommen sein, wovon Referent aber nichts constatiren konnte, als W. ihm den Auswurf zeigte. Die Untersuchung ergab als Ursache der Halsschmerzen eine leicht verstärkte Röthung und Schwellung der rechten (wie oben bemerkt chronisch geschwellten) Mandel. Auf Gurgeln und Halswickel schwanden die Beschwerden bald.

Wegen des vermeintlichen Blutspeiens und weil er früh morgens eine gerichtliche Vorladung für den 6. December erhalten hatte, war W. den ganzen Tag stärker gedrückt. Nachmittags schrieb er dann an einem Briefe an seinen Bruder, von dem er auf sein erstes Schreiben noch keine Antwort erhalten hatte. Als nachmittags 3 Uhr ein Wärter zu dem Rubrikaten gehen wollte, hörte er ihn schon von Weitem weinen. Er fand, wie er später mit Beziehung auf sein Dienstgelöbniss bezeugte, den Rubrikaten im Saale, laut schluchzend, mit den Knieen am Boden, Oberkörper, Kopf und Arme — das Gesicht verbergend — in die Sofaecke gedrückt. Vielleicht 10 Minuten blieb W. in diesem Zustande hochgradigen schmerzlichen Affectes und war auch nachher anhaltend gedrückt. Da er nach Aussage der Wärter einige Tage vorher beim Anblick eines Cigarrenbandes von Sichaufhängen gesprochen hatte, erschien eine genauere Ueberwachung seiner Person nöthig. W. wurde deshalb fernerhin für die Nacht und einen Theil des Tages, wo er auf der Privatabtheilung aus Gründen des Dienstbetriebs nicht genügend überwacht werden konnte, zur Wachabtheilung im ersten Stocke gelegt. Obwohl ihm diese Verlegung und ihre Gründe schonend mitgetheilt wurden, war er nachher sehr verstimmt, antwortete am 19. October früh nur kurz, klagte, ohne Referent anzublicken, darüber, dass er schlecht geschlafen habe. Mittags übermittelte er offen einen „einzuschreibenden" Brief an das Landgericht F. (vom 19. October) dem Referenten zur Besorgung, aus dem wir Folgendes citiren: — „Am 17. dss. — wurde ich — untersucht, dieselbe nahm längere Zeit in Anspruch und musste ich während dieser Zeit bei dieser kalten Witterung in ungeheiztem Zimmer theilweise liegend, nackt dastehen, (die Abtheilungen waren damals überhaupt nicht geheizt) es hat mich natürlich gefroren und zwar so, dass ich am ganzen Körper zitterte — Gleichen Tages — musste

ich mich verschiedene Male hier im grossen Saale der psychiatrischen Klinik, welcher ebenfalls nicht geheizt war, auf Befehl des Herrn Dr. Pfister nackt photographiren lassen, dass ich mich dabei sehr erkältete wird Löbliches Gr. Bad. Landgericht begreifen. Gestern stellte sich nun Halsentzündung, welche jetzt soweit wieder gut ist, nebst starkem Blutspeien ein, auch belästigte mich die Civilkammer III des Gr. Bad. Landgerichtes hier, Gestern mit Gerichtlicher Vorladung, als ich nun gestern Nachmittags allein im III. Stockwerk war und darüber nachdachte, in welch grundloser Weise mich die betreffende badische Behörde hierher gebracht und mir dadurch mein reelles Geschäft vernichtet, mein Mackelloser Name, resp. unsere ehrbare Familie gebrandmarkt ist und man mir mein reeller Verdienst entzogen hat —, musste ich über das an mir — begangene Verbrechen weinen, zufälligerweise kam ein Wärter dazu und obschon ich gar nichts gethan als über erwähntes an mir begangenes Unrecht, weinte, ordnete Herr Dr. Pfister, an, ich müsse jetzt im 1. Stock bei den schwerkranken schlafen, dies musste ich heute Nacht mitmachen, —, doch ich werde als Mann mit gesundem Verstand diese indirekte Misshandlung ertragen, bitte aber Löbliches Gr. Bad. Landgericht, infolge meiner vorstehend gemachten wahrheitsgetreuen Angaben — die Untersuchung einzuleiten und mir hiervon Nachricht zu geben. Bemerkt sei noch, dass ich seit der Untersuchung vom 17. dss. an der linken Hand eine etwa zolllange Hautverletzung habe. Auch der Kaffee den ich per Tag 2 mal erhalte, scheint solcher nur der Farbe nach zu sein.“ — Abends befrug dann Referent den Rubrikaten, der ihn wieder nicht anblickte, über vorstehenden Brief. Bezüglich des Ausdrucks „belästigen“ sagte W. sehr gereizt: das sei eine Belästigung, das Gericht solle ihn in Ruhe lassen. Das sei nur Chicane. Wenn er eine derartige Klage eingereicht hätte, wie sein betr. Gegner, so hätte man derselben sicher nicht stattgegeben. Da es aber gegen ihn gerichtet sei, hätte das Gericht die Klage angenommen. Als Referent frug, ob er glaube, zu genannten Klagen über die Anstalt u. s. w. berechtigt zu sein, wurde W. ebenfalls erregt und beharrte auf seinen schriftlichen Aeusserungen. Gegenüber einen Zweifel des Referenten, dass das Gericht einer so schwach begründeten Klage wohl kaum stattgeben würde, bemerkte er: „Das wollen wir sehen,“ und als Referent neuen Zweifel äusserte, sagte er erregt: „Wenn jetzt nicht, dann später. Meine 6 Wochen werden ja auch herumgehen und dann werden wir ja sehen.“ Am nächsten Tage (20. October) zeigte W. sich ebenfalls ziemlich formlos gegenüber Referent. Er erzählte späterhin dann von seinen früheren Lebensverhältnissen, dass er sich oft mühsam habe durchschlagen müssen, wochenlang von Obst oder nur von Milch gelebt habe — auch in diesem Jahre.[1])

[1]) Einige der im Gutachten ausführlich citirten mündlichen bezw. schriftlichen Auslassungen W.'s haben wir hier und an andern Stellen wegen Raummangels nur gekürzt wiedergeben können.

Am 24. October traf Referent den W. im klinischen Saale am Tische sitzend, den Hut auf dem Kopfe, obgleich schon ein anderer Arzt längere Zeit sich im Zimmer aufhielt. Scherzend frug deshalb Referent, ob es in L. Sitte sei, den Hut im Zimmer aufzubehalten. Bei diesen ruhig-freundlich gesprochenen Worten fuhr W. auf, wurde ganz blass, blickte zornig und sagte sofort in sehr erregtem Tone: „Hätt' ich ihn (den Hut) vielleicht auf den dreckigen Tisch da legen sollen — oder wohin sonst —!" Der Gesichtsausdruck W.'s war bei diesen Worten sehr verändert, er blickte Referent nicht an, als dieser, längere Zeit auf ihn einsprechend, begütigen wollte, sondern sah immer trotzig zur Seite und wandte erst auf Aufforderung mit einem Rucke Gesicht und Blick dem Arzte zu, dessen Blick trotzig erwidernd. In den nächsten Tagen gab er dann indirect zu, reizbar zu sein, auch dass er Manches im ersten Zorne geschrieben habe, was er besser für sich behalten hätte. Er sagte aber nicht, dass das Geschriebene unrichtig gewesen sei.

In einem in diesen Tagen geschriebenen Briefe an seinen Bruder lobte er in etwas auffälliger Weise die Anstalt. — Am 29. October sollte W., der bisher auch auf der Wachabtheilung ein zur Zeit freies Einzelzimmer gehabt hatte, wegen nothwendig werdender Krankenverlegungen mit einem wegen Brustfellentzündung zu Bette liegenden Wärter für eine Nacht das Zimmer theilen. Er weigerte sich. Er sei nicht hierher gekommen, um mit einem Kranken zusammen zu schlafen. — Auch am 30. October beharrte W. auf der früher schriftlichen Angabe, dass er eine Halsentzündung bekommen habe, weil man ihn nackt im Zimmer habe stehen lassen. Er wurde sehr gereizt und als Referent im weiteren Verlaufe eines Gesprächs über seine Processe (s. unten) auf das gute Gedächtniss W.'s zu sprechen kam, verzog Rubrikat stolz-wegwerfend und höhnisch das Gesicht, sagte, allerdings habe er ein gutes Gedächtniss, er möchte es nicht mit einem andern vertauschen. Als Referent begütigend sagte, er solle doch nicht Alles so falsch auffassen, man habe doch hier in der Anstalt nichts gegen ihn, den Aerzten sei doch der Ausgang seines Entmündigungsprocesses ganz gleichgiltig, meint W. nach einer Pause im trotzigsten Tone, man habe ihm draussen schon erzählt, dass die Aerzte oft gleich bei der Hand wären, wenn ein Gericht wünsche, dass Einer entmündigt würde, die Aerzte hätten jedenfalls wohl einen Vortheil davon.[1]) Später behauptete W. dem Wartepersonal gegenüber ganz grundlos, Referent habe sich über ihn lustig gemacht, er werde ihm morgen schon seine Meinung sagen und es ihm „anstreichen", wenn er wieder draussen sei.

---

[1]) Diese Auslassungen W.'s bilden einen charakteristischen Beleg für die oft auffällige Leichtgläubigkeit der Querulanten (*Kraepelin*), die in so merkwürdigem Gegensatz zu ihrer sonstigen Unbelehrbarkeit steht, gerade wie ihr invectives Vorgehen gegen Andere mit ihrer eigenen Empfindlichkeit contrastirt.

In einem Schreiben vom 3. November an seine Braut äussert Rubrikat, er glaube jetzt, dass er weniger zur Beobachtung hier sei, als vielmehr zur „indirecten Bestrafung wegen Beamtenbeleidigung". Er würde darüber später mit seinem Rechtsanwalte sprechen. „Wie es hier zugeht, werde ich mündlich mittheilen sobald ich hier entlassen bin —, Nutzen wird es der psychiatrischen Klinik hier keinen bringen wenn man mich unnötigerweise auch volle 6 Wochen hier behält." — „Herrn Dr. Pfister äusserte allerdings, ich müsse diesen (nicht befriedigten) Auftraggebern von ihnen erhaltene Provision retour Zahlen, dies werde ich aber nie thun, —" „Herrn Dr. Pfister hier, äusserte auch kürzlich, wenn mein Geschäft vernichtet sei, werde ich schon Jemand finden der mich Unterstütze. Was man hier schon gegen mich gethan und geäussert hat, werde ich mündlich berichten, nur Geduld und nicht verzagt."

In einem Briefe vom 8. November an seine Braut schreibt er unter Anderem — „dass ich hier bin ist eben ein Schicksalsschlag, den ich dem hiesigen Staatsanwalt Herrn J. der mich ungerecht nach hier bringen liess um eventl. das durch betreffende bad. Behörde an mir begangene Unrecht verdecken und mich dazu noch auf einige Zeit der Freiheit entziehen Zu können, zu verdanken habe, ich habe nichts schlechtes begangen, bin als badischer Unterthan im Besitz der Ehrenrechte, muss es aber als traurig bezeichnen, dass man so ungerecht gegen mich handelte, nachdem ich genügend Beweise erbracht hatte, in welch ungerechter grundloser Weise mich betr. bad. Behörde behandelte." — In einem Briefe vom 10. November 1900 an seinen Bruder sagt er: „Ich habe mir seit ich hier bin, trotz der nicht sehr liebenswürdigen Verpflegung bis jetzt nichts zu schulden kommen lassen — als dass ich — weinte — weil man mich in meinem Vaterlande in schändlicher Weise ungerecht behandelt. — trotzdem man mir aber kräftige Kost giebt, füttert man mich hier meistenteils mit Brod und Mockawasser, auch hat man in letzter Zeit, bis jetzt gehabte, resp. bis letzter Zeit nebenbei gehabte Nahrungsmittel entzogen und muss ich eben Hunger leiden oder tüchtig Brod essen. — Auch scheint sich Dr. Pfister weit mehr um meine Familienverhältnisse und Privatsachen zu interessieren, welches gar nicht zur Sache gehört, als um die Sache, mit der bad. Behörde, wo ich beweisen kann, wie ungerecht solche gegen mich handelte, das schönste aber ist, dass ich mich trotz meines Bittens, man möge mich doch nicht zu Leuten die schwer krank sind, sogar ansteckende Krankheiten haben, hineinthun, jetzt doch, bei solchen befinde und zwar war ein schwer kranker Mann Namens B. — längere Zeit im Saale, Gestern erst hat man diesen Mann in separates Zimmer gethan und zwar in der Weise, dass der Geruch aus dessen Zimmer in das meine dessen Thür ich nicht schliessen darf, hineinzieht,[1]) — Reklamationen bei

[1]) Beide Zimmer, nebeneinanderliegend, ohne mit einander zu communiciren, öffnen sich nach demselben (dem Wach-)Corridor.

Dr. Pfister helfen nichts — gehe sofort zu meinem Herrn Rechtsanwalt — — gieb diesen Brief zur Kenntnissnahme dortigem Hohen Justizministerium, den ich bin doch nicht hier um mich wie ein Hund behandeln zu lassen. Ich verlange, dass Du ohne Verzögerung laut vorliegendem Schritte für mich einleitest. Bemerkt sei zu vorliegendem noch, dass es noch nicht lange her ist, dass man einen schwerkranken Wärter, der soviel mir bekannt Lungenentzündung hatte, neben mich legen wollte, da ich sollte bei demselben schlafen." — Am Rande des Briefes findet sich noch die Bemerkung: „Frage meinen Herrn Rechtsanwalt auch ob ich zum nackt Photographieren hierher musste —".

Ueber die vom Bruder eingegangene Mittheilung, dass er ihn bei der Einvernahme als jähzornig bezeichnet habe, gerieth Rubrikat sehr in Erregung, schimpfte und sah längere Zeit merkbar blasser und verändert aus. Am 16. November schrieb er einen längeren Brief an seinen Bruder, aus dem Folgendes hervorgehoben sei: — „es ist ja handklar, dass 8 Tage genügten einem wirklichen Irrenarzt zu beweisen, dass ich nicht Geisteskrank sei, nun am 24. d. sind die 6 Wochen herum und kann dann Herrn Dr. Pfister hier, sein Gutachten abgeben wie er will, ladet sich derselbe zu Gunsten des hiesigen Staatsanwalts Herrn J., das Verbrechen auf und erklärt mich in unwahrer Weise für Geisteskrank, so hat er dieses zu tragen, den es giebt noch viel tüchtige Irrenärzte und wollen wir dann den Antrag stellen, dass diese mich beobachten und auch ein Gutachten über mich abgeben." — „Herrn Dr. Pfister hier, hat meistenteils die Kriminalsachen, soviel ich schon gesehen habe, er wird deshalb auch wissen, dass die Behörde öfter ungerecht handelt und Leute sozusagen grundlos schwer verdächtigt". — „— um beweisen zu können, dass mich betreffende Bad. Behörde etc. wiederholt ungerecht behandelte, mir sauer verdientes Geld zwangsweise abnahm und ich durch Lügnerische Zeitungsartikel Verläumdet und geschädigt wurde, weist Du ja, jedenfalls sucht man mich nur deshalb zu Entmündigen wegen Geisteskrankheit, welchen Antrag eine höhere Gerichtsperson in L. als „Unsinn" bezeichnete, um zu verdecken wie ungerecht betr. bad. Behörde etc. Gegen mich handelte, ich suche und verlange als badischer Unterthan, der ihm Besitze der Ehrenrechte ist, nur das Recht das mir gehört —" „— wenn Du jedoch glaubst es sei Jähzorn wenn ich mich ärgere, wenn man mir Unrecht thut, so scheinst Du mit Deinen Kenntnissen auf dem Holzwege zu sein, jedenfalls bedanke ich mich für diese deine Angaben, die ich nicht anerkenne. Was nun das nackt Photographieren anbelangt, bin ich ebenfalls der Meinung meines Herrn Rechtsanwalts, dass Herrn Dr. Pfister, hierzu kein Recht hatte, den ich bin absolut kein Verbrecher — und würde Herrn Dr. Pfister gut gethan haben, wenn er dies unterlassen hätte den von der ganzen Sache habe ich nur eine Erkältung gehabt, die aber auch darauf zurückführen könnte, dass man mich bei kalter Witterung im ungeheizten Zimmer Stundenlang Untersuchte, wobei ich mich nackt ausziehen musste, die Folge war, dass

ich eine Halsentzündung und Blutspucken bekam. Durch Vorspiegelung falscher Thatsachen hat man mich gezwungen, mich am 17. v. Mts. nackt photographieren zu lassen." — „— Es ist absolut nicht mein Wunsch gegen Herrn Dr. Pfister etwas unrechtes zu thun, den dieser Mann hat eine Grosse Verantwortung auf sich, gieb deshalb dieses Schreiben meinem Herrn Rechtsanwalt —". — Am 17. November sollte wegen verschiedener nothwendig werdender Verlegungen ein ruhiger Kranker der bessern Stände in das Zimmer gelegt werden, das W. in den letzten Tagen innehatte. W. protestirte sehr lebhaft, als er davon hörte, erklärte, er würde dann einfach nicht ins Bett gehen. Es wurde dann — da Verlegungen durch Neuaufnahmen nöthig geworden waren, versucht, den W. zu bewegen, wieder das früher innegehabte Zimmer zu beziehen, in welchem die Woche vorher einige Tage ein schwer körperlich kranker, aber nicht unreinlicher Mann gelegen hatte. Das Zimmer war, nachdem dieser Kranke in das klinische Hospital übergeführt worden war, eingehend desinficirt, gereinigt, mehrere Tage gelüftet worden, was W. ebenfalls gesehen hatte. Ebenso hatte er auch gesehen, dass die letzte Nacht das Zimmer bereits wieder benutzt worden war (1 Wärter und 2 ruhige Kranke hatten darin geschlafen). Trotzdem weigerte er sich aus Furcht vor Ansteckung, trotz aller gegebenen Erklärungen und Beruhigungsversuche sehr brüsken Tons, schimpfte heftig, erklärte, das lasse er sich nicht bieten, er ginge einfach nicht ins Bett und wenn er die ganze Nacht aufbleiben müsste. Um ihn nicht zu sehr aufzuregen, musste man schliesslich seinem Willen nachgeben.

In den letzten Tagen hatte sich W. in etwas unzweckmässiger Weise mit einem sehr reizbaren verbrecherischen Geisteskranken eingelassen. Als am 8. November der älteste Anstaltswärter in ruhiger Weise ihm bemerkte, er solle doch den betreffenden Kranken nicht noch mehr aufregen, explodirte W. heftig, schimpfte, als Referent später zur Visite kam, vor allen Kranken und dem betreffenden Wärter in erregter Weise, das sei eine Lottelei, Unverschämtheit, die er sich nicht gefallen lasse. Auch am Abend des 18. weigerte er sich, das oben erwähnte Zimmer zu beziehen. Am 19. schrieb Rubrikat seinem Bruder bez. seinem Rechtsanwalte: „gleichzeitig möchte ich Herrn G. in meinem Auftrag um Aufschluss ersuchen, warum man mich hier zum nackt Photographieren gezwungen hat und ob man geneigt ist, laut meinem Schreiben vom 16. d. diesbezügliche Platten, Bilder und schriftl. Bescheinigung an mich unversehrt auszufolgen, andernfalls verlange ich, so sehr leid es mir thut, desswegen Anzeige zu machen — — ich kann und werde diese verabscheuungswürdige Handlung, zu der man mich gezwungen hat, nie ohne weiteres hinnehmen — mit dem zwangsweisen nackt Photographieren." Gegen Referent verhielt sich W. die nächsten Tage kühl abwartend, sprach nicht von den Photographieen. Als dann am 22. November ein Brief seines Bruders ihm mittheilte, nach Aussage seines Rechtsanwalts sei das Photographiren er-

laubt, lenkte er in seinem Benehmen Referent gegenüber ein, verlangte aber nochmals misstrauisch das Versprechen, dass kein Unberufener sein Gesicht zu sehen bekomme.

W. wollte in den letzten Tagen abends wieder einmal Blutspeien gehabt haben, dem Wärter hatte es den Eindruck gemacht, als ziehe Rubrikat das Blut aus einem hohlen Zahn. Es waren nur Blutspuren innig mit wässerigem Speichel gemischt zu sehen. W. sprach aber sehr besorgt und ernst von dieser Erscheinung, die er auch nach dem „nackt Photographieren“ gehabt habe. Im Jahre 1898 habe er sogar einen schweren Blutsturz gehabt. Auch aus diesen seinen Aeusserungen ging, wie aus dem obig Bemerkten, seine Neigung zu hypochondrischen Auffassungen seines körperlichen Zustandes hervor. Er gab auch an, sich zu Hause Carbol zu halten, mit dem er eventuelle Kratzwunden desinficire, eine Vorsicht, die man sonst bei Leuten seines Standes selten findet. — Besondere Organerkrankungen traten bei W. während des ganzen Aufenthaltes in der Klinik nicht hervor. Sein Appetit war stets gut. Das Körpergewicht stieg vorübergehend einmal auf 60 kg. Bei der Entlassung war es dasselbe wie beim Eintritt.

Was W. in zahlreichen mit ihm gepflogenen Gesprächen bezüglich seiner Conflicte mit Behörden vorbrachte, sei in Folgendem zusammenhängend dargestellt. Bei den Erzählungen war im Allgemeinen auffallend, dass er die nicht sehr ehrenvollen Strafen wegen Betrugs und Betrugsversuchs, seine zweifelhaften Geschäfte ruhig und gelassen, ohne Scham oder Reue zu verrathen, erzählte, dass er fast in einer Rede von diesen seinen Strafen und andererseits wieder von den ungerechten Angriffen auf seine makellose Familie sprechen konnte.

Seine erste Strafe in Sch. betreffend, machte er ungefähr dieselben Angaben, wie sie auch in seinem Schreiben bei jenen Acten enthalten sind, er habe nicht von „Lauskaiben“ gesprochen, sondern nur gesagt, das sei eine Lauserei auf der Post. Er sei zu solchen Aeusserungen nach dem Benehmen des Postagenten berechtigt gewesen. Die Betrugsaffairen in L. und S. erzählt er in ganz beschönigender Weise. Er habe keinen Betrug verübt, er sei zu den betr. Angaben, Geldforderungen etc. veranlasst worden. Er sei damals ganz ungerecht bestraft worden. Er habe damals noch nicht gewusst, wie es beim Gericht zugehe, sonst hätte er sich damals auch beschwert, denn nicht er sei schuld, sondern der G., der immer besoffen sei und im Rausch nicht wisse, was er thue. Die Untersagung seines Agenturbetriebs durch das Bezirksamt L. sei ganz ungerechtfertigt und böswillig erfolgt. Er habe von ehrbaren Personen Zeugnisse, welche bestätigten, dass sie mit seiner Geld- resp. Creditvermittelung zufrieden gewesen seien, er habe auch von verschiedenen Leuten wiederholt Aufträge erhalten, ein Beweis ihrer Zufriedenheit, habe genügend Bankverbindungen gehabt. Was den H. und M. beträfe, so sei ihm „durch das sehr eilige

Verlangen" der Auftraggeber die Möglichkeit genommen gewesen, sich über den angeblichen Fabrikanten K. — Stuttgart zu erkundigen. H. und M., sowie K. hätten ihm auch ihrerseits unwahre Angaben gemacht, wie er später erfahren habe. Als er Beweise für die Ungerechtigkeiten des Bezirksamtes, für die Verleumdungen durch Beamte gebracht habe, habe Herr Staatsanwalt J., um das gegen ihn begangene Unrecht zu verdecken, seine Entmündigung beantragt.

Es sei ihm ganz unbegreiflich, was die badischen Behörden von ihm wollten, die ihm seit 2 Jahren nachstellten. Die Versuche, ihn aus L. zu vertreiben, seien wohl auf dortige Geschäftsleute zurückzuführen, die, wie in L. üblich, mit der Polizei in den Wirthschaften herumtränken und spielten, was er nicht gethan habe. Wer überhaupt nicht aus L. gebürtig sei, der habe es dort schlecht. Man habe ihm verschiedentlich auch vor Gericht nahegelegt, dass er von L. fort solle. Er wolle aber erst sein Recht haben. Bei seinen Aussagen über die L..er Beamten beharre er, es sei so. Man dürfe es aber nicht sagen. — Bezüglich seiner Entschuldigungsschreiben an das Landgericht F. vom 27. September 1899 (Fasc. II der Hauptakten) sagte W., er habe erfahren, dass man sagen müsse, es thue einem leid, weil man dann billiger wegkomme. Vergessen werde er nie, was man ihm gethan. Was er über die L.er Behörde in seinem Schreiben an den Landesherrn vom 1. September 1899 gesagt habe, sei richtig. Er habe es „nur stark gemacht, nehme nichts davon zurück". Auch was er sonst gesagt und geschrieben habe, könne er beweisen. Alles sei richtig und wahr, wenn er auch manchmal sich sage, dass er wohl manches hätte ungeschrieben lassen können, das ihm neue Belästigungen eingetragen habe. Allein er könne sich oft nicht halten, seine Meinung zu sagen, bezw. zu schreiben, wenn er was Ungehöriges und Unrechtes vernähme. Dass man ihn deswegen als Querulant bezeichnet habe, sei ein Unsinn. Gerade so gut könne er den Staatsanwalt als „Querulant — Klaglustiger" bezeichnen. Der habe auch schon verschiedene Unrechtmässigkeiten begangen, die bestraft gehört hätten. Er habe den Antrag des Staatsanwalts als ein „Verbrechen" bezeichnet, weil der Staatsanwalt ihm erst so viel Geld abgenommen und erst später mit Entmündigung gekommen sei. Dies halte er für ganz verkehrt und für ein Anzeichen des Ueberwollens, d. i. Verbrechens. Ebenso sei es auch mit der Agenturuntersagung gewesen.

Als Belege, bezw. wie er sagte „Beweise" für Richtigkeit seiner Ausführungen legte W. dem Referenten eine Reihe von Zeugnissen vor. Einmal sein Volksschulzeugniss, das neben öfterem „ziemlich gut" im allgemeinen die Note „gut" aufzeigt. Ferner ein Leumundszeugniss aus G. vom Jahre 1891, aus F., L. und St. von 1892, aus Thalw. bei Z. von 1894; dann Dienstzeugnisse: von To. und Comp. (Br.) „vom 6. August 1894 bis 11. 1896 zur Zufriedenheit betragen", von Sch. und Comp. (Th.) „6. November 1893 bis 4. August 1894 zur Zufriedenheit"; weiterhin 6 Atteste,

von W. selbst mit der Schreibmaschine vorgeschrieben, in welchen verschiedene Leute bezeugen, dass sie mit W.'s Geldvermittelung „bestens zufrieden" waren, sowie ein Zeugniss seiner ehemaligen Hauswirthin vom Mai 1899, das ihn in jeder Beziehung lobenswerth nennt. Schliesslich folgte das Zeugniss seiner Kalligraphie-Lehrer, des Handelslehrinstituts (vergl. oben), des Wechsel-Sensals W. in O., dass er ihm die Generalagentur seit Ende 1898 übertragen habe, eine Bescheinigung der Remington Sholes Company vom 16. August 1899, die bezeugt, dass W. sich mit Vertrieb ihrer Schreibmaschinen seit Frühjahr 1899 beschäftige, ein ebensolcher Ausweis der Firma G. und R., Köln. — All diesen Schriftstücken legte Rubrikat grossen Werth bei. Er hätte auch noch Nachweise über seine Bankverbindungen vorlegen können, sagte er, aus welchen, wie aus den Geldvermittelungsattesten hervorgehe, dass das Bezirksamt unberechtigt ihm die Agentur entzogen habe. — Dass mit derartigen Belegen geglückter Geschäfte die gegen ihn erhobenen Anschuldigungen nicht entkräftet, seine unsauberen anderen geschäftlichen Manipulationen dadurch nicht gerechtfertigt werden, sah er nicht ein. Er beharrte auf seinen Auslassungen über die Agenturuntersagung, ebenso wie auf den sonstigen Aeusserungen. Einwände verletzten ihn, wie man aus seinem sich verändernden misstrauischen Gesichtsausdruck, aus der gereizten Replik entnehmen konnte.

Spontan fing W. sehr selten an, über seine Streitigkeiten mit Behörden zu sprechen[1]), kam er aber einmal durch Fragen in Zug, so erzählte er mit grosser Ausführlichkeit, ja mit Umständlichkeit. Wie in seinen Schriftstücken brachte er dann auch mündlich oft Wiederholungen desselben Gedankens. Die Darlegung seiner Actionen gegen gewisse Beamte schien ihm bei der Erinnerung öfters lebhaftes Vergnügen zu machen, er lachte dabei einige Male auf. Wenn er eine seiner Angelegenheiten erzählte, so bemerkte er — eifrig weiterredend — wiederholt gar nicht, dass Referent ihm gar nicht mehr zuhörte, so sehr war er von seinen Gedanken in Anspruch genommen. — Auch bei Lectüre der Tagespresse fand W. Bestätigungen seiner Ansicht. Besonders war es der damals spielende Process Sternberg, bezüglich dessen er dem Referenten einmal pathetisch sagte: „Sehen Sie, so ist die Polizei".

Ueber seine Absichten nach Entlassung aus der Anstalt äusserte er sich verschieden. Während er früher, wie in den Briefen, mit Schritten gegen die Anstalt bez. Referent gedroht hatte, einmal auch erklärt hatte, sofort nach Entlassung aus L. verziehen zu wollen, äusserte er sich in den letzten Tagen dahin, er wolle sofort Recurs ergreifen und sein Recht zu erlangen suchen, früher ginge er nicht aus L. weg.

---

[1]) Dadurch unterscheidet er sich von der Mehrzahl der Querulanten, die meist spontan und unaufhörlich von ihren Streitereien mit Behörden zu reden pflegen.

An den beiden letzten Tagen war er scheinbar versöhnlicher Stimmung, frug Referent sogar einmal, ob er nicht nach seiner Entlassung zum Staatsanwalt hingehen und ihn wegen der Heftigkeit seiner Auslassungen um Verzeihung bitten sollte. Doch konnte nicht aus diesen Aeusserungen auf eine tiefergehende Sinnesänderung des Rubrikaten geschlossen werden, da er gerade zuletzt bezüglich der ihm zugestellten Klage des Oberförsters J. in T. ganz die alten Anschauungen producirte und selbst noch im Momente seiner Entlassung ein leichter Zornesaffect bei ihm ausbrach, als er nicht genau am erwarteten Zeitpunkte die Anstalt verlassen konnte.

Zusammenfassung.

Fassen wir nun kurz zusammen, was die Angaben der Akten, sowie unsere eigenen Beobachtungen bezüglich des Geisteszustandes W.'s enthalten.

Danach haben wir es in Rubrikaten zweifellos mit einem Manne zu thun, der in vieler Beziehung — was sein Fühlen, Denken und Handeln betrifft — sich nicht oder kaum von einem Normalen unterscheidet. Das Streben W.'s nach geistiger Fortbildung, nach Arbeit und Erwerb, sein Sorgen für den Bruder etc. sind alles Eigenschaften, die jeden geistesgesunden Menschen auszeichnen würden.

Aber wir dürfen nicht vergessen, dass bei Beurtheilung des geistigen Gesundheits-Zustandes eines Menschen nicht das an ihm noch vorhandene Gesunde, sondern das Krankhafte den Ausschlag giebt. Wir sagen ja auch nicht, wenn es sich um Beurtheilung körperlicher Zustände handelt — z. B. bei einem Lungenkranken — „der Mensch hat noch eine gesunde Leber, Milz, Niere, ein gesundes Herz, einen gesunden Darmkanal" — sondern wir sagen, „er hat eine kranke Lunge, ist lungenschwindsüchtig, also krank, wenn auch sein Aussehen scheinbar ein gutes, so und so viele Organe noch bei ihm gesund sind." — Noch viel mehr als bei körperlichen Zuständen müssen wir aber in solcher Weise bei Beurtheilung geistiger Zustände das Pathologische, die etwa vorhandenen Krankheitszeichen in Rechnung ziehen, weil eben die geistigen Functionen untereinander in noch viel innigeren Beziehungen und Wechselwirkungen stehen und es kaum Störungen von Hirnfunctionen giebt, die nicht auf die Gesammtheit der geistigen Fähigkeiten, wenn auch äusserlich vielleicht unmerkbar, Einfluss hätten, das psychische Gesammtniveau herabdrückten. Das Krankhafte — nicht das noch

Normale —, das wir im psychischen Verhalten eines Menschen — hier des W. — nachweisen können, giebt also den Ausschlag für Beantwortung der Frage: geistesgesund oder geisteskrank.

Das Krankhafte im Seelenleben ist nun in zweifelhaften Fällen desto leichter zu erweisen, wenn es uns gelingt, darzuthun, dass von jeher gewisse Vorbedingungen und Ursachen der geistigen Erkrankung — namentlich Erblichkeit, angeborene Disposition zu Seelenstörungen — bei dem betr. Individuum vorhanden waren, also seine geistige Erkrankung nur den mehr weniger gesteigerten Ausdruck abnormer Zustände im Centralnervensystem darstellt, wie sie sich auch bei andern Gliedern der betr. Familie mehr oder minder deutlich nachweisen lassen. Wir werden also bei unserer Beweisführung folgende Fragen erledigen müssen:

I. Haben wir Anzeichen dafür, dass Rubrikat zu nervöser bez. geistiger Erkrankung disponirt war?

II. Dann werden wir zweitens klarzulegen haben, ob, bezw. welche psychische Abnormitäten bei Rubrikat jetzt zu constatiren sind, welche Bedeutung diesen zukommt, ob sie Zeichen einer wohlausgeprägten Seelenstörung sind.

III. Drittens müssen wir uns dann darüber klar zu werden suchen, ob die eventuell vorhandene Krankheit so geartet ist, dass durch dieselbe die Geschäftsfähigkeit des Kranken alterirt oder aufgehoben wird. —

Ad I. Was zunächst die eventuell vorhandene Disposition betrifft, so haben wir diesbezüglich Folgendes hervorzuheben:

Ausgesprochene Geistes- und Nervenkrankheiten sollen in der Familie W.'s nicht vorgekommen sein. Aber nach eigener Angabe des Rubikaten boten gerade seine Eltern charakterologische Anomalien dar, in denen man zweifellos Anzeichen einer krankhaften nervösen Verfassung erblicken darf, welche Anomalien erfahrungsgemäss für die Nachkommen — wie auch W.'s Bruder beweist — nicht ohne schädigenden Einfluss bleiben. Beide Eltern — deren Altersunterschied zudem sehr erheblich war (21 Jahre) — sollen nämlich stets sehr jähzornig gewesen sein, hatten oft Streit — auch ohne dass eines getrunken —, warfen sich ihre unehelichen Kinder dann in Gegenwart der Nachkommen vor. Für den Jähzorn der Mutter zeugt, dass sie, als Rubrikat etwa 8—9 Jahre alt war, einmal mit dem Messer im Affecte nach ihm warf und ihn verletzte

(Rubrikat zeigt noch am rechten Handrücken die davon herrührende Narbe). Auch beim jüngeren Bruder W.'s finden sich Eigensinn und Jähzorn von Kindheit an in auffallendem Masse (vergl. oben). Der jüngere Bruder seinerseits bezeichnet den Rubrikaten als jähzornig (amtliche Vernehmung bei den Akten). Nicht ohne Bedeutung hinsichtlich des charakterologischen und gemüthlichen Verhaltens der Eltern des W. ist auch die Thatsache, dass die Mutter zwei uneheliche Kinder von verschiedenen Vätern vor ihrer Ehe hatte (etwas, was auch in jener Gegend nicht häufig ist). Besonders aber ist hervorzuheben, dass ein ebenfalls ausserehelich erzeugtes Kind des Vaters nicht sprechen lernte, blöd blieb, wie W. berichtete.

Ausser diesen Momenten, die auf Anomalien im Nervenleben der Familie hindeuten und dafür sprechen, dass die erzieherischen — gemüthlichen — Beeinflussungen des heranwachsenden Rubrikaten nicht die günstigsten gewesen sind, finden sich nun bei W. selbst gewisse Anomalien der körperlichen Entwickelung, die zum Theil ganz entschiedenen Werth als Belastungs- oder Entartungszeichen haben, Zeichen, welche im Zusammenhalt mit dem Gesagten darauf hinweisen, dass Rubrikat als disponirt zu geistiger Erkrankung angesehen werden muss.[1]) Wenn wir dem auffälligen Haarwuchse am Körper W.'s, der verschiedenen Farbe der Schnurr- und Backenbarthaare, der geschilderten (mongoloiden) Form der Nasenwurzel an und für sich in dieser Hinsicht auch keine grosse Bedeutung zuerkennen, so gewinnen genannte Auffälligkeiten, ebenso wie die nicht vollkommene und gleichmässige Bildung der Ohren (s. oben) als solche Belastungszeichen an Bedeutung, wenn wir bedenken, dass auch der Hirnschädel im vordern Abschnitt eine merkbare Verbildung zeigt, die in der Differenz der Augenpartieen rechts und links, der ungleichmässig schiefen Stellung der Augen, der Asymmetrie des Stirnbeins in Erscheinung tritt, also Knochentheile betrifft, welche direkt einen Theil des Gehirns umschliessen. Auch die an den Kopfknochen vorhandenen Spuren von Rachitis haben wir zu erwähnen. — All diese körperlichen Stigmata, im Zusammenhalt mit den charakterologischen Anomalien der Familie etc., be-

---

[1]) Vergl. *Pfister*, Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten etc. Enke, Stuttgart 1902, S. 356.

rechtigen uns zu der Annahme, dass bei W. von jeher wohl eine Disposition zu psychischer Erkrankung vorhanden war.[1])

Ad II. Was nun die bei Rubrikat von uns constatirten nervösen und psychischen Auffälligkeiten anbelangt, so sei darüber folgendes bemerkt:

Einmal finden sich bei W. Zeichen eines allgemeinen Zustandes reizbarer Schwäche des Nervensystems (von allgemeiner Nervosität). Die Kniesehnenzuckungen (bei Beklopfen) sind beiderseits auffallend lebhaft. Die Zunge liegt unruhig im Munde, bei Vorstreken verstärkt sich die Unruhe, feines Zittern tritt daneben auf. Die ausgestreckten Finger zeigen ebenfalls feinschlägiges Zittern. Rubrikat ist gegen leise (Kitzel-) Berührungen überaus empfindlich. Seine willkürlichen Bewegungen sind oft auffällig hastig und übers Ziel hinausgehend. Auch die Blutgefässnerven sind mehr als normal erregbar — alles Zeichen von krankhafter Reizbarkeit der Nervenapparate.

Noch viel mehr Auffälligkeiten bietet aber dann das psychische Verhalten des Rubrikaten.

Der bei kurzer Beobachtung scheinbar ruhig gelassene, völlig besonnene Mann führt sich bald in unliebsamer Weise auf. Nachdem er wenige Tage äusserlich ruhig, aber ohne ein lebhaftes Misstrauen verbergen zu können, sich verhalten hatte, beginnt er in gehässigen Ausdrücken zu schimpfen, zu denunciren, will Klage gegen den Begutachter erheben, will sich über dies und jenes beschweren, schimpft über Kost und Behandlung etc. etc. — Selbst wenn nun die oben angeführten — in seinen Schreiben an Landgericht, Bruder und mündlich vorgebrachten Klagen W.'s begründet gewesen wären, das heisst thatsächlichen Verhältnissen und Vorkommnissen entsprochen hätten — es war dies nicht einmal der Fall —, so muss uns denn doch aufs äusserste wundern, wenn wir die ganze Sachlage bedenken, dass ein scheinbar einsichtiger Mann unter den gegebenen Verhältnissen so handeln, in dieser heftigen Weise explodiren kann. Auch der ärgste (noch nicht als krankhaft reizbar aufzufassende) Cholerikus würde sich wohl nicht

---

[1]) Vorhandene erbliche Belastung, angeborene oder frühzeitig erworbene Prädisposition (häufige Schädelanomalien) sind von verschiedenen Autoren bei den Querulanten hervorgehoben.

hinreissen lassen, falls er unter W.'s Umständen — zur Beobachtung auf etwaige Geisteskrankheit — sich in einer Anstalt befände, wegen solcher Geringfügigkeiten (geringe Mandelschwellung, motivirte Verlegung, Kost, Wärterrapporte etc.) derartig gegen Aerzte und Anstalt loszuziehen. Er würde zum Mindesten in gefälligerer Form sein Missbehagen über dies und jenes auszusprechen, wenn er nicht überhaupt vorziehen würde, während seines Anstaltsaufenthaltes — des guten Eindrucks wegen — ganz zu schweigen. Ganz anders W. — Nicht nur, dass er so heftig explodirt, fällt auf, nein er explodirt ausser im Momente des betreffenden Vorfalles auch noch lange nachher. In seitenlangen, langsam und peinlich geschriebenen Schriftstücken kommt er mit seinen heftigen Klagen, die oft in unverschämtem Tone gehalten sind. Die Briefe giebt er — offen — dem Arzte zum Lesen und zur weiteren Bestellung an Gericht bezw. Bruder. Noch nach Tagen, ja Wochen kommt er in den gleichen masslosen Ausdrücken auf seine vermeintlich berechtigten Beschwerden zurück, sucht durch Drohungen Abhilfe zu erzwingen.

Dieses hochgradig auffällige Benehmen muss schon ernste Zweifel an der geistigen Gesundheit W.'s hervorrufen. Denn ein derartiges Vorgehen des zu Begutachtenden gegen seinen Begutachter, gegen die Anstalt etc. ist nicht anders verständlich, als bei Annahme einer krankhaften Reizbarkeit, nur erklärlich durch einen in der That auch bei W. vorhandenen und leicht zu steigernden krankhaften Affectzustand, welcher es dem Rubrikaten oft einfach unmöglich macht, der Vernunft Gehör zu geben, sich zu beherrschen, mit Zornausbrüchen zurückzuhalten. Die Heftigkeit und Nachhaltigkeit seiner Explosionen, sein Blasswerden dabei, die eintretende Veränderung der Gesichtszüge (s. oben)[1]), das Wiederauftreten der Erregung selbst noch nach Tagen bei geringer Veranlassung (Erinnertwerden an einen Vorfall z. B.) sind weitere bedeutsame Charakteristika für die krankhafte Gemüthsreizbarkeit des Rubrikaten. Dass auch früher schon dieser Zustand abnormer Reizbarkeit bei W. vorhanden war, dafür sprechen genugsam seine in den Vorakten enthaltenen schriftlichen Auslassungen.

---

[1]) Verschiedentlich wird die Neigung der Querulanten zu Affecten (ev. unter lebhaften Gestikulationen und vasomotorischen Erscheinungen) erwähnt.

Neben dieser krankhaften Reizbarkeit (und zum Theil durch sie bedingt) zeigt sich bei dem in vielen Gebieten sonst schlau überlegenden Rubrikaten dann eine manchmal sehr auffällige Kritik- und Urtheilsschwäche, die aus den eben berührten Seiten seines Verhaltens schon zu ersehen ist. Ein jeder — auch der geistig Beschränkteste — würde es doch wohl als Forderung der Klugheit eingesehen haben, sich in der Anstalt möglichst gefügig und freundlich gegen seine Begutachter zu zeigen, dieselben wenigstens nicht unnöthig zu brüskiren. Nicht so W. — Obgleich er die Aerzte sogar für parteiisch, gegen ihn eingenommen hält (er entblödet sich auch nicht, dies dem Ref. ins Gesicht zu sagen, bezw. ähnliches zu schreiben), besitzt er nicht so viel Urtheilsvermögen und Selbstbeherrschung, sein Benehmen entsprechend zu regeln. Er ist nicht kritikfähig genug, sich zu sagen, dass seine in der Anstalt immerwährend wiederholten nichtigen Klagen und Schreibereien ihn ja gerade als das (als Querulant) erscheinen lassen müssen, was man ihm früher schon — wie er glaubt unberechtigt — vorwarf. Er sieht nicht ein, dass ein derartiges Benehmen als Aeusserung und Zeichen einer krankhaften Empfindlichkeit gedeutet werden kann und muss, obwohl ihm dies früher schon vorgehalten wurde. Solche naheliegende Ueberlegungen vermochte er nicht einmal anzustellen, als ihm dieselben durch Referent in verschiedenen Gesprächen sehr merkbar nahe gerückt wurden. Bei direkten Belehrungsversuchen wurde er sogar aufsässig, da er ganz unfähig ist, gewisse (persönliche) Verhältnisse klar und ruhig zu beurtheilen, gewisse, einmal ihm aufgetauchte Vorstellungen (namentlich Beeinträchtigungsideen) zu corrigiren. Dann und wann — in ruhigeren Momenten — äusserte er zwar scheinbar Einsicht, wenigstens insofern, als er erklärte, manches wäre besser ungeschrieben geblieben. Auch von Zurücknahme und Abbitte beim Staatsanwalt sprach er einmal, doch machten diese Aeusserungen auf Referent sehr den Eindruck einer schwachen Captatio benevolentiae, wie seine früheren Abbitten vor Gericht (cf. Akten), die er ja nach eigenem Geständniss nur aus Berechnung, nicht aus Reue oder Einsicht gethan hat. Die Urtheilsschwäche W.'s zeigt sich weiterhin dann aber vor allem in der Art, wie er seinen eigenen — oft sehr zweifelhaften — Handlungen gegenüber steht. Von Einsicht in das moralisch Unwürdige, rechtlich Anfechtbare und Strafbare vieler geschäftlicher

Manipulationen (Sache H., M. etc.) ist keine Spur. Dass Andere solcher Geschäftspraxis wegen ihn mit Misstrauen anzusehen berechtigt waren, vermag er absolut nicht einzusehen, versucht, sich mit unhaltbaren Gründen zu rechtfertigen. Als solche brachte er in Gesprächen mit Referent (wie auch in den Briefen bei den Akten) einmal: „Andere Agenten machten es ebenso“ und ferner: „So und so viele Leute seien mit seiner Geldvermittlung zufrieden gewesen, wie er beweisen könne — er habe Bankverbindungen gehabt.“ Dass er mit solchen Gründen die Hauptmotive des bezirksräthlichen Agenturverbotes (unlauteres Vorgehen in Fällen H., M. etc., Vorstrafen wegen Betrugs etc.) nicht entkräftet, sieht er nicht ein, wie er auch kein Urtheil und Gefühl dafür hat, dass er die Provisionen für Aufträge zurückzahlen müsste, welche er wegen seiner zwangsweisen Verbringung in die Klinik nicht ausführen konnte. Dazu hält er sich nicht verpflichtet, das Gericht, das ihn hereingebracht, soll die Leute entschädigen.

Noch mehr aber als die bisher hervorgehobenen Momente (krankhafter Affectzustand, Urtheilsschwäche) imponirten als durchaus krankhafte Erscheinungen bei W. gewisse Ideen (Wahnvorstellungen), die er reichlich offenbarte und welche in den bisher genannten Störungen einen zweifellos günstigen Boden zur Entstehung und Weiterentwicklung besitzen. Als solche Ideen haben wir bei ihm einmal Beeinträchtigungs- (Verfolgungs-) Ideen und dann Ueberschätzungs- (Grössenwahn-) Ideen constatiren können. Erstere treten fast in allen Schriftstücken, oft genug auch in seinen mündlichen Aeusserungen zu Tage. W. glaubt sich in seinen Rechtsinteressen schwer geschädigt, vergewaltigt. Und zwar geschah dies nicht nur in neuester Zeit, in der einen oder andern Sache. Nein — und dies charakterisirt das Krankhafte der Beeinträchtigungsvorstellungen — fast immer hat man ihn ungerecht behandelt und beurtheilt. Schon im Streit mit dem Postagenten in G. 1890 war er nach seiner Meinung im Recht und berechtigt zu seinen Aeusserungen (cf. oben). — (Schon in den Sch.'er Akten von 1890 finden sich diesbezgl. charakteristische Bemerkungen über W.: S. 4 wird er als „frecher und willkürlicher Mensch“ bezeichnet, ferner ist von „grundlosen Berichten W.'s an verschiedene Behörden“ die Rede.) Auch bei den weiteren Strafsachen (1893) war er angeblich im Recht, wurde ungerecht bestraft (vergl. oben). Noch ungerechter

wurde er — wie er sagt — später behandelt. Bezirksamt und Staatsanwalt sind ungesetzlich gegen ihn vorgegangen, nicht gegen die Andern, die „Betrug machen“ wollten. Weil er kein L . . . er Eingeborner war, nicht mit der Polizei herumtrank, deshalb will man ihn weghaben (S. 605). Die bezirksamtlichen etc. Strafverfügungen sind ungerecht, das Geld wird ihm „zwangsmässig“ erpresst! Auch die Ablehnungen seiner Beschwerde- und Rekursschriften sind ungerecht, mögen sie nun aus formellen oder sachlichen Gründen erfolgt sein. Man häuft Unrecht nach Unrecht auf ihn — und das in „seinem Heimatlande Baden“ —, und zuletzt setzt der Staatsanwalt allem noch die Krone auf, indem er, „um das gegen ihn begangene Unrecht zu verdecken“, die Entmündigung beantragt. — Aber nicht nur von den Gerichtsbehörden wird er in genannter Weise verfolgt, auch Steuerbeamte, Postbeamte suchen ihn zu chikaniren, die Polizei benimmt sich ungehörig, Untersuchungen in seinen Angelegenheiten werden besonders ungünstig für ihn geführt u. s. w.[1]) Nie sieht W. die Gründe für gehabte Misserfolge, Bestrafungen in sich selbst, sondern in der Böswilligkeit, Schuld Anderer. Er ist eben nicht fähig, diejenigen Gegenvorstellungen zu erwecken, die ihm sagten, dass ein derartiges Beurtheilen und Auffassen seiner Verhältnisse unsinnig ist.

Selbst wenn da und dort — was sich der Beurtheilung des Begutachters entzieht — W. zu viel oder Unrecht geschehen sein sollte[2]), so ist deswegen seine Auffassungsweise doch eine absolut

---

[1]) Die Beeinträchtigungsideen der Querulanten greifen gewöhnlich auf einen Punkt zurück (*Kraepelin*), manchmal können im Laufe der Jahre auch mehrere festgehaltene Streitpunkte entstehen (*Strassmann*, Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 19) oder der Querulant wendet sich, wie hier, nach den verschiedensten Seiten in seinen Kämpfen, da er sich schliesslich von überall her beleidigt wähnt (vergl. unten).

[2]) Bekanntlich haben viele Querulanten ursprünglich einen Grund zu ihren Querelen, indem ihnen irgend einmal — oft im Beginne ihrer Erkrankung — wirklich Unrecht geschehen ist. Bei ihrem vielen Processiren ist es ja nur zu leicht möglich, dass gelegentlich einmal die gegnerische Partei oder Richter, Behörden etc. ein Versehen ihnen gegenüber begehen. Sie werden manchmal das Opfer eines amtlichen Irrthums (*Hitzig* l. c.) und wirkliche Begebenheiten, nicht nur fictive Momente, bilden dann den Ausgangspunkt ihrer Wahnideen (cf. *v. Krafft-Ebing*, Gerichtl. Psychopathologie, *Köppen* l. c., *Strassmann*, *Hoche* u. A.). Deshalb kann und soll auch der

krankhafte. Denn die Neigung zum Verallgemeinern im Sinne seiner Beeinträchtigungsideen, die Unwiderlegbarkeit, das Festhaften der Ideen gegenüber allen Thatsachen und Einwänden, trotz ihrer theilweisen Absurdität, charakterisiren sie unzweifelhaft als Wahnvorstellungen (Verfolgungswahn).

Das Verhalten W.'s in der Klinik ist ein weiterer Beleg dafür. Von vornherein betrachtet er alles sehr misstrauisch, die Aerzte hält er für bereitwillige Diener des Gerichts, Vorkommnisse, welche die Anstaltsordnung mit sich bringt, hält er besonders gegen sich gemünzt, man hat etwas gegen ihn. Den wahren, pflichtgemässen Rapport des Wärters erklärt er für Verleumdung. Seine nothwendig gewordene Verlegung deutet er ebenfalls als Chikane, klagt seinem Bruder gegenüber über erlittene, indirekte Misshandlungen, er „lasse sich nicht wie ein Hund behandeln", — alles, weil er eben in Folge seiner krankhaften Beargwohnung Anderer ihnen solche Motive ihres Handels unterschiebt und bei Harmlosigkeiten und Zufällen Absicht und Uebelwollen herausdeutet.

Aber nicht nur derartige Verfolgungsideen kann man bei W. constatiren, sondern er neigt auch zur Bildung andersartiger Wahnvorstellungen. Unverkennbar ist nämlich seine Neigung zu hypochondrischer Auffassung seines Gesundheitszustandes, eine Krankheitsfurcht hohen Grades, die sich documentirt in seiner ängstlichen Scheu vor Zusammensein mit ruhigen Geisteskranken, ebenso wie mit körperlich leidenden Gesunden (vergl. oben). Er spricht von schwerem Blutspucken, wo er kaum sichtbare mit Speichel gemengte,

---

Sachverständige, der ja, selbst wenn ihm alle Akten des Falles zur Verfügung stehen, doch nie die Processe nach ihrer rechtlich-formalen Seite ganz überblicken kann, nicht in erster Linie oder gar allein das bei den verschiedensten Zuständen vorkommende Queruliren, mit dem der Kranke sich von einer Instanz zur andern wendet, zum Nachweise der Krankheit benutzen. Denn man kann nicht sagen: 100 Instanzen noch gesund, mehr geisteskrank (s. *Schüle*, Process Hegelmayer, Brock u. Feierabend, Heilbronn). Der Sachverständige darf vielmehr deshalb — neben der Aufzählung der übrigen Krankheitssymptome — vornehmlich nur auf die Art, wie der Kranke querulirt, hinweisen (mit welcher Pseudo-Logik und Unbelehrbarkeit, unter Verwerthung von Beziehungsideen, Erinnerungsfälschungen, Urtheilstäuschungen etc.), um durch all diese Momente das Vorhandensein einer geistigen Erkrankung von ganz bestimmter Art (hier der Paranoia chronica) zu erhärten.

aus dem Zahnfleisch stammende Blutfädchen entleerte. Eine kaum nennenswerthe Halsentzündung hält er für wichtig genug, sie dem Landgerichte mitzutheilen, er weigert sich in förmlichem Angstaffect ein gereinigtes, bereits von Andern benutztes Zimmer zu beziehen, weil die Woche zuvor ein Kranker — mit „Nervenfieber" — darin lag[1]). Er ist entsetzt darüber, dass vermeintliche Krankheitsdüfte aus diesem „Krankenzimmer" in sein Schlafzimmer hineinziehen, die Thüren werden dazu „absichtich (!) gegen einander aufgemacht" (hypochondrische Verfolgungswahnideen). — Ebenso denuncirt W. dem Landgerichte, dass er seit der körperlichen Untersuchung an seiner Hand eine „zolllange Hautverletzung" habe (die er sich bei einer seiner brüsken Bewegungen wahrscheinlich selbst zugezogen hatte, als Referent mit der Nadel seine Schmerzempfindlichkeit prüfte) u. s. w., u. s. w.

All die genannten krankhaften Ideen gehen auch aus den zahllosen Schriftstücken W.'s hervor[2]), die in ihrem Ton, in den häufigen Wiederholungen, den immer wiederkehrenden gleichen (stereotypen) Phrasen beredtes Zeugniss für die Urtheilsschwäche (Inconsequenz) ebenso, wie für die Beeinträchtigungsideen und den krankhaften Affectzustand ablegen, in Folge dessen auch die Reproductionstreue bei W. zweifellos oft geschädigt ist. So erscheint auch der Vorgang des nackt Photographirtwerdens in seiner Erinnerung nachträglich ganz anders. Er hatte sich auf die erste Frage, ohne alles Zureden — vor Zeugen! — bereit erklärt und gutwillig photographiren lassen. Später spricht er dann von „auf

---

[1]) Das häufige Vorkommen hypochondrischer Wahnvorstellungen bei paranoischen Querulanten hebt besonders *Strassmann* hervor (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 3. Folge, XII, 1).

[2]) Die Schriftstücke W.'s unterscheiden sich — formell besonders — in mancher Beziehung von denen der meisten paranoischen Querulanten. Vor allem fehlt in ihnen, bis auf ganz seltene Ausnahmen, das Unterstreichen von Worten und Sätzen, das Einrücken der Zeilen, die Schriftverschiedenheiten, Randbemerkungen, das Nummeriren, Citiren von Paragraphen etc., was sonst so häufig gefunden wird (vergl. *Hitzig*, l. c., *Köppen*, l. c., *Cramer*, Gerichtl. Psychiatrie, *Schüle*, Klinische Psychiatrie u. A.). Auch ist die Schrift nicht flüchtig, wie bei Jemand, der seine Gedanken nicht schnell genug zu Papier bringen kann (*Köppen*, l. c.), sondern gross, gleichmässig und langsam, Buchstaben für Buchstaben mit energischen Grundstrichen förmlich hingemalt.

Befehl des Herrn Dr. Pfister" und vom „zwangsweisem nackt Photographiren", das er eine „jedenfalls strafbare, verabscheuungswürdige Handlung" nennt, die er nicht ohne Weiteres hinnehme[1]).

Aber noch ein weiterer pathologischer Zug lässt sich bei W. deutlich nachweisen, der die bisher erwähnten Krankheitserscheinungen in treffender Weise zu einem klinisch wohl abgerundeten Krankheitsbilde ergänzt. — Es ist dies die bei Rubrikat vorhandene, krankhafte Selbstüberschätzung (Grössenwahn). Solche Ueberschätzungsideen stecken einmal schon in den erwähnten Verfolgungsideen. Denn W. hält ja sich und seine Angelegenheit für bedeutend genug, dass so und soviele richterliche, Verwaltungsbeamte, auch die Aerzte gegen besseres Wissen und Gewissen handeln, um ihn zu drücken, zu vertreiben. Alle möglichen Leute begehen Verleumdungen, um ihn zu schädigen. — Doch allen diesen Feinden leistet er hartnäckigen Widerstand, „nur Geduld und nicht verzagt", schreibt er. — Aber auch mehr positiv kehrt sich die krankhafte Selbstüberschätzung W.'s hervor. Vor allem in dem anmassenden Auftreten, dass er — wie anderwärts — auch in der Klinik zeigt, in der Art, wie er kritisirt, seine Missbilligung ausspricht. Er ist überzeugt, das er auf jeden Fall sein Recht erkämpfen werde, er droht, auch Referent gegenüber, mit gerichtlichen Schritten „wenn jetzt nicht, dann später", er renommirt in seinen Schreiben sehr oft mit dem Besitz der „Ehrenrechte", er pocht in prätenziöser Weise auf seine makellose Familie, auf die man durch Vorgehen gegen ihn Schande häufen will. Dies thut er, trotz der doch nicht gerade einwandsfreien Familienverhältnisse (vergl. oben) und obgleich er selbst gerade derjenige ist, der durch Geld- und Gefängnissstrafen (wegen Betrugs, Betrugsversuchs etc.) sicher doch am meisten Unehre auf seine Familie gehäuft hat. Trotz alledem spricht er von seiner Familie, die „so ehrenwerth als diese Beamte" ist. Aus diesem krankhaft gesteigerten Selbstgefühle heraus erklärt sich auch z. Th. sein immerwährendes Emporbäumen gegen die Rechtsurtheile, sein Beschreiten aller Instanzen, bis zum Landesherrn, welchem gegen-

[1]) Bekanntlich sind manche Querulanten überhaupt nicht im Stande, nach längerer Zeit eigene Erlebnisse richtig zu reproduciren und fallen von jeher durch Mangel an Zuverlässigkeit in ihren Angaben auf (*Hitzig*, *Köppen*). Ausgesprochene Erinnerungsfälschungen kommen zweifellos bei ihnen vor (*Kraepelin*, Lehrb. d. Psych.), wofür W. ein gutes Beispiel ist.

über er in gleich überhebendem masslosem Tone über die Beamtenschaft etc. loszieht, wie in Schreiben an seinen Bruder. Aus seinem Grössenwahn heraus (und den andern Störungen) erklärt sich ferner, dass er, der nach eigener Angabe stets in misslichen Verhältnissen, oft unter schweren Nahrungssorgen gelebt hat, der sich oft wochenlang nur von Obst und Milch ernähren konnte (auch im Jahre 1900 noch), dass er schon in den ersten Tagen und auch weiterhin über die zweifellos die Gewohnheiten und Bedürfnisse seines Standes übertreffende Anstaltskost offen in läppischer Weise schimpft und überhaupt immer — trotz der gegebenen Belehrung, dass er rechtlich eben wie jeder andere Normalkranke verpflegt werden müsse — besondere Ansprüche (Alleinschlafen etc.) macht. Auch die Prätension ist charakteristisch, mit der W. sich auf seine (selbstvorgeschriebenen) Zeugnisse über Geldvermittelung, seine Schulzeugnisse, das Zeugniss der Kalligraphielehrer, des Handelslehrinstituts beruft, welch letzteres Zeugniss doch eigentlich nur in der Note „hinlänglich“ gipfelt, mithin durchaus nicht glänzend ist.

Dass auch schon in früheren Jahren — wenn auch vielleicht nur weniger stark — dieser Zug krankhafter Selbstüberschätzung bei W. hervortrat, beweisen selbst die spärlichen Angaben der Acten jener Zeit. Schon 1890 glaubte W. seinen Willen gegenüber dem Postagenten durchsetzen zu können (s. oben). Er beschwerte sich in überhebendem Tone schon damals. Die Akten des Amtsgerichtes L. (1893) berichten von seiner „Beanlagung zur Grossthuerei“, schon damals schrieb er Beschwerden (1890) und Bittgesuche (1893) an den Kaiser, den Grossherzog und andere Fürstlichkeiten, auch an Private, bezeichnete sich selbst als „begabten, strebsamen jungen Mann“ (Acten d. Amtsger. L. 1893. S. 27). — Aus W.'s Briefen von 1897 ab geht die Selbstüberschätzung aus vielen Ausdrücken, aus der ganzen Art, wie er seine Missbilligung gegen einzelne Personen und Behörden ausspricht, wie er anklagt, unverkennbar hervor („Möge Gott diese Richter strafen“ vergl. die Akten u. s. w.). Er scheut sich nicht zu sagen, dass er auf so ehrlichem Weg verdiene, wie der Staatsanwalt, ja er verdächtigt schliesslich sogar diesen selbst der Geisteskrankheit u. s. w. —

Man würde W. ganz Unrecht thun, wenn man ihm dieses Gebaren und Auftreten als „Frechheit“ oder dergleichen auslegen und vorwerfen, wenn man die in seinen Schriften vorhandenen

Verdrehungen und ungenauen Darstellungen als absichtsvolle Fälschungen, wider seine Ueberzeugung geschrieben, auffassen wollte. W. schreibt, spricht und handelt vielmehr, wie er es bei seinem krankhaften Zustande muss. Seine ganze Anschauung, namentlich in seinem Rechtsstreite mit dem Bezirksamte, ist eine verschrobene, weil krankhafte Beeinträchtigungs- und Ueberschätzungsideen, ein krankhafter Affectzustand, Störungen der Reproductionstreue fast immer sein Urtheil trüben und ihn nicht zu richtiger Auffassung derartiger Angelegenheiten gelangen lassen. So kommt es bei W. oftmals, trotzdem sein Ueberlegen und Reden in formaler Beziehung nicht gestört, seine Ausdrucksweise dem Bildungsstande entsprechend ist, zu inhaltlich falschen Anschauungen mannigfacher Art. Die einzelnen Glieder seiner Schlüsse sind falsch, abnorme Gefühle, krankhafte Vorstellungen u. s. w. sind bei ihrer Bildung von bestimmendem Einflusse und deshalb oft das Gesammtresultat ein durchaus krankhaft verschrobenes. Mit Recht erklärte deshalb einer der früheren Begutachter den Rubrikaten für pathologisch. Auch Behörden hatten verschiedentlich den richtigen Eindruck, dass W. nicht geistig normal sei (Bezirksamt L., Amtsgericht und Schöffengericht L.).

Zusammenfassend müssen wir also sagen, dass bei dem zur Erkrankung wohl von jeher disponirten W. neben gewissen Zeichen allgemeiner Nervosität alle die Krankheitserscheinungen mehr minder ausgeprägt vorhanden sind, welche die chronische Paranoia charakterisiren. Und zwar haben wir es bei ihm mit derjenigen Abart dieser Erkrankung zu thun, welche man als Paranoia querulatoria („Querulantenwahnsinn“) bezeichnet hat. Die Hauptsymptome derselben (wie sie *Köppen* l. c., *Hitzig* l. c., *Hoche* u. v. A. beschrieben): krankhafte Beeinträchtigungs (Verfolgungs-) und Ueberschätzungs- (Grössenwahn-) Ideen, krankhafter Affectzustand (Reizbarkeit) und dadurch bedingte, durch eine gewisse Urtheilsschwäche und ungenaue Reproductionstreue vielfach geförderte Neigung zum Queruliren — haben wir alle beim Rubrikaten konstatiren können.

W. ist demnach als z. Z. unzweifelhaft geisteskrank zu bezeichnen.

Welchen Einfluss hat nun die Geisteskrankheit W.'s auf seine Geschäftsfähigkeit? Wird diese überhaupt durch die vorliegende Geisteskrankheit alterirt? Nach unserer Ansicht sicherlich.

W. kann zwar einfache Dinge sehr wohl überlegen, übersieht die Verhältnisse des Lebens nach vielen Richtungen hin gut, kann auch die Thätigkeit und Leistungen eines Agenten nach seinem theoretischen Wissen sehr wohl erfüllen, auf Erwerb oft mit Erfolg ausgehen, wie seine Vergangenheit beweist.

Aber damit ist er doch nicht voll im Stande, „seine Angelegenheiten" (im Sinne des § 6 B.G.B.) zu besorgen. Denn unter „Angelegenheiten" eines Menschen sind keineswegs die Vermögensangelegenheiten allein gemeint. Es ist vielmehr unter Angelegenheiten die Gesammtheit aller Beziehungen des Einzelnen zu seiner Familie, seinem Vermögen und der Gesellschaft zu begreifen (*Schultze* [1]).

Dass bei einem Menschen, der wie W. in seinem Denken und Handeln durch krankhafte Stimmungen und Wahnvorstellungen beeinflusst ist, diese Vorbedingungen nicht gegeben sind, ist klar. Nach den verschiedensten Seiten hin ist ja, wie wir sahen, Rubrikat durch seine Krankheit in schwere Conflicte, zu Strafhandlungen getrieben worden, er hat sich selbst (in seinem Besitz) durch seine Processereien u.s.w. materiell empfindlich geschädigt, sich Gefängnissstrafen zugezogen, sein Ansehen untergraben, hat also genugsam dargethan, dass ihm die Besorgung seiner Angelegenheiten in seinem jetzigen (vielleicht bei geeigneter Behandlung noch besserungsfähigen [2]) Krankheitszustande nicht voll möglich ist, wenn er auch

---

[1]) *C. Schultze*, Zusammenstellung der sich aus dem B.G.B. ergebenden, zum Theil neuen Gesichtspunkte zur Erstattung von Gutachten. Monatsschr. f. Neur. u. Psych. 1897, S. 212. — cf. *Hoche*, Ger. Psych. S. 225 (*E. Schultze*).

[1]) Es empfiehlt sich m. E., im Gutachten auf diese Möglichkeit hinzuweisen. Zwar kommen selten typisch Querulantenwahnsinnige zu dem Quietismus vieler chronisch Paranoischer. Häufig macht das Leiden sogar ständig Fortschritte, indem ein weiterer Ausbau des Grössen- und Verfolgungswahns unter anhaltendem Weiterquerulieren erfolgt. In manchen Fällen aber erlebt man doch auffällige Besserungen. Denn einmal können, wie bei der chronischen Paranoia sonst, lange dauernde Remissionen eintreten, was spätere Begutachter sehr wohl beachten müssen, um einem Vorbegutachter nicht Unrecht zu thun. Andererseits können zweifellos auch manche verrückte Querulanten, namentlich durch die Anstaltserziehung, die Fähigkeit gewinnen, ihr affectives Vorgehen (Angriffe, Beschwerden) zu unterlassen, sie lernen, wie auch andere Paranoiker, zu dissimuliren, ihre Ideen mehr für sich zu behalten, so dass ihnen eventuell ein Weiterleben ausserhalb der Anstalt ohne grössere Conflicte möglich ist.

wohl zu einzelnen Rechtshandlungen (nach unserer Beobachtung) noch gut fähig erscheint. —

Nach alledem gebe ich mein Gutachten also dahin ab:

Albert W. aus G. ist wegen „Geistesschwäche“ im Sinne des § 6 B.G.B. nicht im Stande, seine Angelegenheiten zu besorgen. —

A. W. wurde am 19. April 1901 dann auf Grund obigen Gutachtens durch Landgerichts-Beschluss wegen „Geistesschwäche“ entmündigt. Die richterliche Begründung des Entmündigungsbeschlusses bestand nur im Hinweis auf die Ausführungen des Gutachtens, welches Rubrikat in extenso einsehen durfte (vergl. meine Auslassungen über Zustellung derartiger Entmündigungsbeschlüsse[1]): Natürlich wandte sich W., wie früher gegen Bezirksamt, Amtsrichter und Staatsanwalt, so jetzt mit heftigen Angriffen gegen den Referenten, ebenso dann gegen einen Amtsarzt, der in Sachen der angeregten zwangsweisen Internirung ein Gutachten gegen ihn abgab.

Inzwischen war im Verlaufe der von früher her noch anhängigen Berufungssache wegen Beamtenbeleidigung Strafkammersitzung (19. Juli 1901) anberaumt worden, zu der W. aber nicht erschien. Referent, auch hier als Begutachter zugezogen, erklärte ihn in Anbetracht der ausgesprochenen Geistesstörung, die ihn zu den Beleidigungen seiner vermeintlichen Gegner getrieben hatte und immer wieder treiben musste, für nicht zurechnungsfähig, worauf Rubrikat freigesprochen wurde.

[1]) *Pfister*, Kritische Bemerkungen über das neue Verfahren etc. Psych. Wochenschr. 1900, No. 12, S. 115.

Sektirerthum und Geistesstörung.

Von

Dr. **Hans Schulze,**
Assistenzarzt an der Landes-Irrenanstalt Sorau N./L.

In der geistigen Geschichte der Menschheit haben wiederholt Vorstellungen in grossen und kleinen Kreisen eine starke Herrschaft geübt, die mit unwiderstehlich scheinender Gewalt gleich einer ansteckenden Epidemie um sich griffen und Ereignisse von gewaltiger Tragik und unberechenbaren Folgen ins Leben riefen. Bald waren es Aeusserungen eines instinctiven Verfolgungswahns, wie er im Bunde mit dem krassesten Aber- und Teufelsglauben die lange, traurige Periode der Hexenprocesse herbeiführte; bald entzweite nationale Eifersucht und Eitelkeit benachbarte Völker in blutigen Kämpfen; bald wieder erzeugte religiöser Fanatismus ein grauenhaftes Sektirerthum oder endlose Glaubenskriege. Vorzüglich die Geschichte des Mittelalters ist zugleich eine Geschichte dieser pathologischen Bewegungen der Volksseele, wie sie uns im Flagellantismus, der Tanzwuth, den Kinderkreuzzügen, Judenverfolgungen und verwandten Erscheinungen entgegentreten. Doch auch jedes andere Zeitalter hat seine typischen Massenerkrankungen und Geistesepidemieen, die jeweilig charakterisirt sind durch das Gepräge der Zeitepoche, der Gesellschaft und der Oertlichkeit, in der sie zur Entwicklung gelangen. Als eine gleichsam asthenische Form von psychischer Infection, die noch nicht als pathologisch im engeren Sinne des Wortes gelten kann, lässt sich nach dem Vorgange *v. Bechterews* des Phänomen der sogenannten Panik deuten, jener

psychischen Epidemie, die mit Blitzesschnelle in einer Versammlung entsteht, wenn sich aus irgend einem Grunde der Gedanke einer unabwendbaren Lebensgefahr dem Bewusstsein der Masse überimpft. Die letzte verhängnissvolle Katastrophe auf dem Pariser Wohlthätigkeitsbazar in der Rue de Goujon giebt eine erschütternde Vorstellung von den entsetzlichen Folgen eines plötzlich ausbrechenden panischen Schreckens.

Der vorliegende Fall der Familie K. bietet im Kleinen ein Beispiel der epidemischen Ausbreitung pathologischer Vorstellungen, ähnlich der berühmten religiös-psychopathischen Epidemie des Maljovannismus, die im Anfange der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts im Süden Russlands die ausgedehnteste Verbreitung fand. Hier wie dort sehen wir die paradox-paranoischen Ideengänge eines Geisteskranken von seiner geistesgesunden Umgebung ohne Weiteres als nachahmenswerth angenommen. Neben dieser merkwürdigen Vereinheitlichung Gesunder und Kranker auf dem Gebiete pathologischer Denkart und Logik bildet der vorliegende Fall zugleich aber auch ein interessantes Blatt im Buche der Geschichte, das in einer ebenso grellen wie beschämenden Weise die starke Täuschung beleuchtet, der man sich im Allgemeinen über das Niveau unserer heutigen Cultur hinzugeben pflegt. Wie ein Stück finstersten Mittelalters ragt die religiöse Ekstase der Familie K. mit ihrem in der vollen, sinnlichen Vorstellung Luthers gehaltenen Teufelsglauben in unsere auf ihre Wissenschaftlichkeit und Vernunft so stolze moderne Zeit herein. Und doch würde man durchaus fehl gehen, wollte man diesen unbedingten Teufelsglauben a priori in das Gebiet abergläubischen Schwachsinns verweisen oder gar aus ihm und den daraus resultirenden Handlungen die Voraussetzungen einer geistigen Störung herleiten. Im Gegentheil bildet der Glaube an einen persönlichen Teufel und die Möglichkeit des Besessenseins durch denselben einen auf die Schriften des Alten und Neuen Testaments gegründeten dogmatischen Besitzstand sowohl der evangelischen wie der katholischen Kirche, der einer inductiven Kritik bisher nicht zugänglich gewesen ist. In einem Aufsatz über „Teufels- und Hexenglauben" (Bd. 45 dieser Zeitschrift) hebt *Hoppe* ausdrücklich hervor, dass er durch eine kirchliche Umfrage im Bereiche beider Confessionen festgestellt habe, dass nach der Lehre der Kirche der Teufel noch immer Besitz von einem jeden Menschen nehmen könne

und zwar mit verschiedenen Beschränkungen durch den Willen Gottes in der Form der obsessio, circumsessio und possessio; namentlich ein moralisch und körperlich unreiner Mensch könne vom Teufel befallen werden und einer beliebigen Krankheit gleich habe dies unter Zulassung Gottes Jedermann zu befürchten. Es leuchtet ohne Weiteres ein, dass bei einem derartigen Standpunkt sich auch der Gedanke des Versuchs einer Austreibung aus einer vom Teufel besessenen Person durchaus im Rahmen theologischer Logik hält. In der That hat denn auch erst unlängst am Ende des vorigen Jahres in Finshauts, einem Dorfe im Kanton Wallis, eine öffentliche Teufelsaustreibung durch den Ortsgeistlichen stattgefunden, die in ihren traurigen Einzelheiten an *Gottfried Kellers* berühmte Erzählung vom „Armen Meretlein“ im ersten Bande des „Grünen Heinrichs“ erinnert.

Wir lassen zunächst die Vorgeschichte und den Thatbestand in Kurzem hiermit folgen:

Der Gärtner Gottlob K. wurde am 13. November 1846 in Datten bei Pförten in der Niederlausitz ehelich geboren. Ueber hereditäre Verhältnisse ist nichts bekannt; Gottlob K. entwickelte sich geistig und körperlich normal und besuchte die Dorfschule in Nieder-Jeser. Nach seiner Confirmation arbeitete er in der väterlichen Wirthschaft, verheirathete sich im Jahre 1868 mit der Büdnerstochter Martha A. und nahm später auch deren Schwester Auguste A. in sein Haus. Mit dieser Schwägerin knüpfte er bald nach ihrer Uebersiedlung auf sein Gehöft ein Verhältniss an. Der aussereheliche Umgang beider währte ungefähr ein Jahr, bis Frau K., der es schon immer aufgefallen war, „dass die beiden zusammen so freundlich zu einander waren“, einmal zufällig auf dem Hofe sah, wie Gottlob K. seine Schwägerin „anfasste“. Frau K. drohte nach dieser Entdeckung mit Scheidung; es kam jedoch zu einer gütlichen Einigung und der ganze Vorgang wurde die Ursache der sogenannten „Bekehrung“ der Familie. Schon seit einiger Zeit trafen sich auf dem K.'schen Hofe „bekehrte Leute aus Forst, die sich die Schrift weisen thaten“; Anhänger einer den Irvingianern nahestehenden religiösen Secte, die sich nach einer Stelle in den Paulinischen Briefen „Brüder und Schwestern in Christo“ nennen und deren einzelne Gemeinschaften über die ganze Erde verstreut sein sollen. Dieser religiösen Richtung, deren Hauptprincipien bei Negation jeder äusserlichen kirchlichen Cultusform wie Taufe, Abendmahl u. s. w. in einem streng nach den Lehren der als alleiniger Glaubensgrund angesehenen Bibel und der Hoffnung auf die baldige Wiederkunft Christi bestehen, schloss sich Gottlob K. zusammen mit seiner Gattin und Schwägerin sowie der Frau des Häuslers Gr. und des Gärtners Kr. aus Datten

an. Die „Bekehrung" der letzteren hatte zwei für die K.'sche Gemeinde charakteristische und einer gewissen Tragikomik nicht entbehrende gerichtliche Nachspiele. Gottlob K. hatte auf Grund eines Verses in den Corintherbriefen: „Ihr Gläubigen grüsset Euch mit dem heiligen Kuss" im Kreise der Seinen die Form der Begrüssung nach dieser biblischen Vorschrift geregelt. Der Gärtner Kr. verklagte hierauf Gottlob K., der Frau Kr. zu verschiedenen Malen öffentlich geküsst hatte, wegen Beleidigung und erzielte damit beim Amtsgericht Pförten eine Verurtheilung K.'s zu vierzehn Tagen Gefängniss, kurze Zeit darauf wurde die Kr.'sche Ehe, da Frau Kr. ganz mit den K.'s zusammengezogen und nicht zu bewegen war, zu ihrem Gatten zurückzukehren, auf Antrag des Ehemanns wegen böswilliger Verlassung gerichtlich getrennt.

Bald nach seiner „Bekehrung" trat Gottlob K. mit seinem ganzen Anhange aus der Landeskirche aus, da er deren seiner Ansicht nach mit der ursprünglichen Lehre Christi nicht übereinstimmende Glaubenssatzungen mit seiner religiösen Ueberzeugung unvereinbar fand. Nach diesem Schritt schloss sich Gottlob K., der schon immer sehr zurückgezogen gelebt hatte, allmählich ganz von seinen Dorfgenossen ab. Seine Wirthschaft versah er nach dem Zeugniss des Ortsvorstehers sehr ordentlich und fleissig und er gilt in Datten für einen vermögenden, in geregelten Verhältnissen lebenden Mann. Innerhalb seines Hauses führte er ein patriarchalisches Regiment; Gottlob K. ist Vater von fünf Kindern, von denen vier, drei Söhne und eine Tochter, am Leben sind, eine zweite Tochter ist im Jahre 1900 an einem Lungenleiden gestorben. Die Erziehung und allgemeine Lebenshaltung der Kinder war nach Angabe des zweiten Sohnes Franz eine so strenge, dass er und der älteste Bruder nach erlangter Grossjährigkeit das Elternhaus verliessen und sich in Berlin eine Stellung suchten; Franz K. ist von Berlin aus zweimal in Amerika gewesen und befindet sich erst seit einem Jahre wieder daheim. Der Gottesdienst in der Familie war so geregelt, dass täglich mehrere Andachten stattfanden: Es wurde erst gebetet und gesungen, dann las Gottlob K. einen Abschnitt aus der Bibel oder aus frommen Büchern vor; den Schluss bildete abermals ein gemeinsames Gebet. An jedem Sonntag reichte der Vater den übrigen Familienmitgliedern das Abendmahl; kirchliche Feste wie Weihnachten, Ostern oder Pfingsten wurden nicht gefeiert. —

Am 26. November 1901 hörte der Gärtner L. in Datten gegen fünf Uhr Nachmittags im Gehöfte seines Nachbarn Gottlob K. einen furchtbaren Lärm, der ihn veranlasste, den Gemeindevorsteher G. zu holen. Beide begaben sich darauf auf den K.'schen Hof und sahen hier durch die offene Hausthür, dass Franz K. mit dem Gesichte an der Thürschwelle auf dem Hausflur lag und mehrere nackte Personen auf ihn einschlugen. G. gebot Ruhe, sie sollten mit der Prügelei aufhören. Da dies ohne Erfolg, ergriff er einen Besen, um damit zu Gunsten des Franz K. in den Kampf einzugreifen. Paul K. fasste jedoch in den gegen ihn erhobenen Besen und

riss die Besenruthen los, sodass G. nur den Stiel in der Hand behielt. Durch das Dazwischentreten des Gemeindevorstehers war es aber unterdessen dem Franz K. möglich geworden, aufzustehen und auf den Hof zu flüchten. Jetzt kamen die nackten Personen gleichfalls aus dem Hause gelaufen, voran Paul K. Dieser schlug G. mit den Besenruthen ins Gesicht, G. erwiderte den Hieb mit einem Schlage über die Nase des Angreifers, während er von der gleichfalls nackten Martha K. von hinten gepackt und festgehalten wurde. Mit Hülfe des Gärtners G. und des Büdners L. gelang es dem Gemeindevorsteher jedoch, sich zu befreien und den K.'schen Hof wieder zu verlassen, sammt den übrigen Dattenern, die sich aus Neugier zahlreich eingefunden hatten. Als der Gärtner L., der den K.'s gerade gegenüber wohnt, bald darauf unter seinen Hausgiebel trat, kamen Paul, Martha K. und die separirte Frau Kr. über die Dorfstrasse und stellten sich nackt vor L. hin; Paul K. sang dazu: „Du bist meine Braut, Du bist meine Braut!" L. entgegnete: „Ich kann doch Deine Braut nicht sein, geht Eurer Wege, ich thue Euch ja nichts!" Dessenungeachtet fassten ihn die drei und zogen ihn nach der K.'schen Wohnung, L. lenkte jedoch mehr abseits von der Hausthür und konnte sich schliesslich befreien, verstauchte sich dabei aber die rechte Hand. Der Häusler K. hat Paul und Martha K. nach dem Auftritt mit L. noch eine halbe Stunde nackt vor ihrer Hausthür stehen sehen; sie gingen erst ins Haus zurück, als ihnen ein Eimer Wasser über den Kopf gegossen wurde.

Am Morgen des anderen Tages (Mittwoch) kam der Gendarm K. und etwas später der praktische Arzt Dr. Sch. aus Pförten nach Datten heraus. Der Gemeindevorsteher G. begleitete den letzteren in die K.'sche Wohnung und sie fanden hier den alten K., seine Frau, seine beiden Kinder Paul und Martha, die Magd Auguste A., die geschiedene Frau Kr. und die Frau des Häuslers Gr. auf dem Fussboden der Wohnstube unter Betten liegend und zwar in zwei Reihen, derart, dass ihre Gesichter einander zugewandt waren. Gleich beim Oeffnen der Thür riefen die am Boden Liegenden: „Der Teufel ist ein Lügner von Anfang gewesen und ist nicht bestanden in der Wahrheit!" Auf alle Fragen des Arztes wiederholten sie dieselben Worte. Da weiter nichts zu machen war, verliess G. mit Dr. Sch. das Zimmer, wobei Gottlob und Paul K. aufsprangen und riefen: „Der Teufel ist besiegt, er geht schon raus!" Der Gemeindevorsteher, der schon Nachts zuvor Wachen auf dem K.'schen Gehöft aufgestellt hatte, ordnete solche auch für den Nachmittag und Abend des Mittwochs an. Er selbst begab sich im Laufe des Nachmittags mit dem Gensdarm K. und dem Häusler Gr., dessen Frau sich noch immer bei den K.'s befand, abermals zu K.'s ins Haus, um Frau Gr. herauszuholen. Diesmal waren die K.'s angekleidet und erklärten, dass sie am andern Morgen ihre gewohnte Thätigkeit wieder aufnehmen würden. Franz K., der nach dem Vorfall am vergangenen Abend nicht wieder ins Elternhaus zurückgekehrt war, hatte inzwischen die wichtigsten landwirthschaftlichen

Arbeiten versehen, das Vieh gefüttert u. s. w. Frau Gr. war ebenfalls bekleidet und folgte ihrem Ehemann ohne Widerstand. In der Nacht vom Mittwoch zum Donnerstag waren die K.'s nach den Angaben der Wachen in der Stube ruhig und äusserten, als die Lampe ausgegangen war, sie würden sich ins Bett legen, die Männer sollten sich nur entfernen. Der Häusler L. hat während der Wache den „überspannten Reden" der K.'s zugehört und äussert sich zu Protokoll des Amtsgerichts Pförten hierüber folgendermassen:

„Sie nannten den Paul den lieben Gott und Heiland; der alte K. sei der Kaiser der Erde und der Auserwählte der ganzen Welt, Martha sei der heilige Geist und die Braut des Lammes."

Um ein Uhr wurden die Wachen gewechselt. Gottlob K. verriegelte hinter der ersten Abtheilung die Hausthür, sodass die zweite Abtheilung nicht ins Haus selbst kam, sondern draussen auf dem Hofe blieb. Die Wachmannschaften verliessen um sechs Uhr Morgens das K.'sche Grundstück, nachdem sie ihrer Angabe nach in der Zwischenzeit nichts Auffälliges gehört hatten.

Um sich zu überzeugen, ob noch weitere Vorsichtsmassregeln erforderlich seien, begab sich der Gemeindevorsteher G. am Donnerstag Morgen zusammen mit dem Häuslerssohn F. schon in aller Frühe wieder nach dem K.'schen Gehöft. Hier fand G. die Hausthür verriegelt, konnte sie aber durch einen Druck auf einen Flügel aufsperren und auf den Flur treten. Er öffnete dann die Stubenthür und fragte, ob alle gesund seien. Der alte K., Paul und Martha entgegneten: „Ja wir sind alle gesund; um uns braucht Ihr Euch nicht zu grämen!" G. blieb eine Weile an der Thür stehen und hörte den Reden der am Boden unter den Betten Liegenden zu. Seiner Erinnerung nach äusserte namentlich Paul K.: „Wir haben uns Bäume schicken lassen, die wollen wir pflanzen; es ist Blut geflossen, die wachsen im Blut am besten!" Dann sagte Paul oder der alte K. weiter: „Die beiden (d. i. Frau K. und Frau Kr.) hat der Teufel gewürgt; die werden vor Euren Augen auferstehen!" K.'s luden G. und F. sodann ein, auf der Bank unter dem Hoffenster Platz zu nehmen, indem sie erklärten, „dass sie, wenn sie sich setzten, immer wieder herein kommen könnten, sonst aber nicht, bevor der jüngste Tag käme". G. liess sich auf diese Aufforderung hin endlich auf der bezeichneten Bank nieder, sodass er den Kopf der Frau K. betrachten konnte. An ihren Gesichtszügen erkannte er jetzt, dass sie todt war, während Frau Kr. unter den Betten noch Bewegungen machte. G. verliess nach dieser Feststellung sofort die Stube und holte mit F. Mannschaften aus dem Dorfe zu Hülfe. Als er mit diesen in das K.'sche Haus zurückkam, lagen die todte Frau K. und die Frau Kr. noch auf dem Fussboden, während die anderen aufgestanden waren und sich wieder angezogen hatten. Beim Oeffnen der Thür kam Paul K. sogleich auf den Büdner L. los und fragte: „Sage wer Du bist!" Die übrigen K.'s klatschten dazu in die Hände und sangen: „Lob und Preis dem Lamme,

das gewürget!“ Die sämmtlichen Familienmitglieder wurden hierauf so gefesselt, dass sie sich selbst und Anderen nicht mehr gefährlich werden konnten, getrennt in den Stuben der Wohnung untergebracht und sorgfältig bewacht.

Der Gemeindevorsteher G. machte von dem Vorfall sogleich in Pförten Anzeige. Darauf erschien noch am Donnerstag Vormittag der Amtsvorsteher V. in Begleitung des Dr. Sch., bald darnach traf auch der Kreisarzt Dr. S. aus Sorau in Datten ein. Auf Anordnung des letzteren wurde die ganze Familie am andern Morgen nach Sorau überführt, ausgenommen Frau Kr., die mit Rücksicht auf ihre grosse körperliche Schwäche zunächst im Krankenhaus Pförten Aufnahme fand. Gottlob K. musste zum Transport gewaltsam angekleidet und in den Wagen getragen werden; er äusserte, dass er stürbe und nicht mit könne. Unterwegs in der Eisenbahn erzählte er dem Häusler L., der an Gottlob K.'s rechter Kopfseite eine blutunterlaufene Stelle bemerkte, dass sein Sohn Paul ihn mit dem Pantoffel auf den Kopf geschlagen habe. Im Weiteren sprach Gottlob K. die Hoffnung aus, Abends bereits wieder nach Hause zurückzukommen, da in Sorau wahrscheinlich schon eine Depesche sein würde, dass seine Frau lebe; nur Paul und Martha müssten drei Tage dort bleiben, weil sie nackt auf der Strasse gewesen seien. „Wenn aber keine Depesche da sei, dann wäre die Welt im Recht und sie im Unrecht.“ Während sich Gottlob K. und seine Schwägerin Auguste A. bei ihrer Ankunft in der Anstalt in einer mehr niedergeschlagenen, gedrückten Stimmung befanden, war bei Paul und Martha eine deutliche ekstatische Erregung unverkennbar. Als noch im Aufnahmezimmer an die beiden Männer K. die Frage gerichtet wurde, wessen Hand die That an der Mutter ausgeführt habe, drängte sich Paul K. vor und rief lebhaft: „Die meinige!“ Ebenso bestätigte Martha K. mit fieberhaft geröthetem Gesicht und glänzenden Augen lächelnd den Tod der Mutter und setzte vor Freude förmlich strahlend stolz hinzu: „Das haben wir gut gemacht, meine Mutter ist bei ihrem Herrn, für uns ist sie nicht gestorben!“ —

Die am 29. November 1901 durch den Kreisarzt Dr. S. aus Sorau und den praktischen Arzt Dr. Z. aus Forst vorgenommene Obduction der Leiche der Frau K. ergab folgenden, auf seine wichtigsten Daten beschränkten Befund.

1. Die äussere Besichtigung verzeichnet einige unbedeutende Abschürfungen der Oberhaut in der Gegend des rechten Ohres, des rechten äusseren Augenwinkels und des rechten Kinnrandes.

2. Die innere Besichtigung.

a) Der Schädel. Beim Abheben des Schädeldachs fliesst ziemlich viel dunkles, schwarzes, flüssiges Blut aus der Schädelhöhle heraus. Die Gefässe der harten und der weichen Hirnhaut sind bis in die feinsten Verzweigungen stark gefüllt; ebenso enthalten die grossen Blutleiter des Gehirns und des Zeltes sehr viel dunkel-flüssiges Blut. Die Schnitt-

flächen des Grosshirns sind röthlich gefärbt, die Blutadern stark gefüllt. Die obere Gefässplatte sowie die Adergeflechte der Seitenventrikel sind mit stark gefüllten Gefässen dicht durchzogen. Die Substanz der Grosshirnhälften ist mit kolossal viel Blutpunkten dicht durchsetzt, die sich nicht abspülen lassen; Seh- und Streifenhügel sind mit ebenfalls sehr zahlreichen Blutpunkten durchsetzt. Die Adergeflechte des dritten Ventrikels sind mit stark gefüllten Gefässen dicht durchzogen; desgleichen die Marksubstanz des Kleinhirns.

b) Die Brust- und Bauchhöhle: Das Herz ist in beiden Vorhöfen und Kammern völlig blutleer; das Herzfleisch ist schlaff. Der rechte Mittellappen und die beiden Oberlappen der Lunge knistern auf Fingerdruck; die Farbe derselben ist hellgrau marmorirt. Auf der Durchschnittsfläche der beiden Unterlappen zeigt sich sehr viel dunkles, schwarzes, flüssiges Blut, während auf der des Mittellappens und der beiden Oberlappen sehr viel helle schaumige Flüssigkeit heraustritt. Kehlkopf, Zunge, Gaumensegel und Speiseröhre sind ohne Verletzungen. Die Gefässe der linken Niere sind mit dunklem, flüssigem Blut gefüllt; an einzelnen Markkegeln feine Ergüsse dunklen, flüssigen Blutes. Beim Herausnehmen der rechten Niere zeigt sich in der fibrösen Kapsel ein weit ausgedehnter Bluterguss, der sich auch in das der Wirbelsäule aufliegende Bindegewebe erstreckt. Beim Einschneiden zeigt sich, dass die Blutung um den Ureter herum bis in das Innere der Niere reicht; in und an den Markkegeln findet sich viel frei in das Gewebe ausgetretenes Blut. Die äusserlich sichtbaren Gefässe der Leber sind mit Blut stark gefüllt. Auf dem Durchschnitt tritt eine kolossale Menge Blut heraus. An der Vorderfläche des linken Leberlappens befindet sich etwa in der Mitte eine markstückgrosse Stelle, die sich durch ihre dunkel-schwarze Farbe deutlich von dem umgebenden Gewebe abhebt. Beim Einschneiden zeigt sich die Leberkapsel im ganzen Umfange dieser Stelle blasig abgehoben, es fliesst flüssiges, dunkles Blut heraus. Beim weiteren Einschneiden an dieser Stelle zeigt sich ein 2 cm langer, in querer Richtung verlaufender, etwa 1 cm tiefer Einriss in das Lebergewebe, dessen Ränder mit Blut durchtränkt sind.

Die beiden Aerzte, die auf Grund des Gehirn- und Lungenbefundes bei der Geringfügigkeit der äusseren Verletzungen zunächst Tod durch Erstickung mit weichen Gegenständen wie Kissen angenommen hatten, änderten nach eingehender Vernehmung der Angehörigen ihr Gutachten dahin ab, dass der Tod wahrscheinlich „in Folge von Stössen resp. Fusstritten oder von festem Knien auf dem Unterleib unter starkem Heraufwerfen auf denselben“ eingetreten sei.

Krankengeschichten. 1. Gottlob K., 56 Jahre alt.

Mittelgrosser, mässig kräftiger Mann in entsprechendem Ernährungszustande. Die Kopfform ist ohne Besonderheiten, das Haupthaar etwas spärlich; das Schädeldach weder druck- noch schmerzempfindlich. Die Kopfmaasse stehen unter einander in normalem Verhältniss. Die gerade

herausgestreckte Zunge zeigt grobschlägige Zuckungen, keine Bissnarben. Zähne sehr defekt. Die Herzaction ist unregelmässig; nach jedem 4ten oder 5ten Herzstoss setzt die Herzthätigkeit aus; Herztöne rein, Herzdämpfungsfigur normal. An den peripheren Arterien geringe Arteriosklerose. Lungen und Unterleibsorgane normal; keine Hernien. Leichter Tremor manuum. Patellarreflexe träge, die übrigen Reflexe normal darstellbar. Die beiderseits mittelweiten Pupillen reagiren prompt auf Lichteinfall und Einstellung. Keine Störungen der Motilität und Sensibilität. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Bei seiner Aufnahme in die hiesige Anstalt war Gottlob K. äusserlich in ruhiger Verfassung und gab sachliche und klare Antworten. Er zeigte sich über Ort und Zeit, sowie allgemeine Lebensverhältnisse hinreichend orientirt und bezüglich seiner Intelligenz und Kenntnisse durchaus auf der Stufe der Individuen seines Standes und Bildungsgrades stehend. Den Vorgängen in Datten gab er folgende aus seinen einzelnen Aeusserungen übersichtlich zusammengefasste Darstellung:

„Meinem Sohne Paul wurde am Donnerstag vor acht Tagen geoffenbart, dass er sei wie Johannes und Christus kommen würde, um unsere ganze Gemeinde in den Himmel zu holen. Für den Augenblick glaubte ich es ihm nicht, weil es unserer Lehre entgegen war, denn im Worte Gottes steht davon nichts. Als er angefangen hat zu sprechen, da habe ich selbst geglaubt, dass er nicht ganz richtig im Kopfe sei. Paul hat aber alle Arbeit mit Ueberlegung gemacht und war ganz bei Verstande. Da habe ich ihm freilich geglaubt und die anderen auch. Wir haben dann gearbeitet Freitag und Sonnabend und uns dabei nicht weiter grosse Gedanken gemacht. Wir dachten, es würde sich schon alles finden und ausweisen, wie es alles sei. Am Sonntag, als wir Mittag gegessen hatten, wurde mir nun plötzlich sehr schlimm. Da nahm mich Paul bei der Hand, richtete mich auf und sagte, ich solle hinausgehen und es ausbrechen. Ich stand zwischen Leben und Tod, denn Paul sprach: Das erste Mal hast Du unwissentlich gegessen, wenn Du jetzt aber noch einmal wissentlich isst, musst Du sterben!“ Und es geschah ganz nach Pauls Worten; ich war noch nicht an der Thür, da musste ich mich brechen. Ich habe daraufhin alles geglaubt, was Paul gesagt und gethan hat.

Am Abend des Sonntags nun forderte uns Paul, der uns schon Mittags den Genuss jeder Speise verboten hatte, auf, uns nackt auszuziehen und in der Gestalt der ersten Menschen vor dem Sündenfall den Herrn zu erwarten. Das thaten wir und standen im Kreise umher, beteten und sangen. Nachts legten wir uns alle auf den Fussboden und deckten uns mit Betten zu. Am anderen Morgen trennte sich mein Sohn Franz von uns, zog sich an und ging aus dem Hause, um das Vieh zu füttern. Montag und Dienstag blieben wir dann mit Beten und Singen zusammen, assen und tranken nicht und warteten auf den Herrn. Am Dienstag Abend nun wollte mein Sohn Paul den Franz hereinholen, der vom Teufel

besessen war, weil er von uns fortgegangen war. Paul holte sich, weil Franz nicht gutwillig ins Haus kommen wollte, die anderen zu Hülfe, indem er sagte: Wir müssen den Teufel mit Gewalt austreiben, wie auch die Engel des Herrn Lot mit Gewalt aus Sodom herausholten!" Während sich die Geschwister, die alle nackt waren, mit Franz beschäftigten — sie hatten ihn auf die Erde geworfen und drückten ihn runter, damit er bekennen solle, warum er aus dem Hause gelaufen sei — kam auf das Geschrei des Franz, in dem der Teufel wüthete, sodass er sich und die Geschwister immer wieder in die Höhe schleuderte, die ganze Gemeinde zusammen. Die schlugen nun alle auf meine Kinder ein, aber meine Kinder trieben sie mit blossen Händen vom Hofe weg, während die Leute aus dem Dorfe Stöcke und Steine hatten.

In der Nacht vom Mittwoch zum Donnerstag war es bei meiner Frau und Frau Kr. ähnlich wie bei Franz; es überfiel sie ein Wuthanfall. Fürs erste war es die Frau Kr., die fing an zu schreien, es war so wie ein lachendes Geschrei. Dann legte sie sich wieder runter. Eine Weile darauf, als wir noch alle voller Schlaf waren, fing meine Frau an zu schreien und sich um sich zu werfen. Paul und Martha hielten sie, aber sie konnten es allein nicht schaffen und sagten: „Vater, Du musst auch kommen!" Wir griffen sie nun an und wollten sie halten, weil sie vom Teufel besessen war. Wie hielten sie so lange fest und drückten sie runter, bis sie der Geist todt machte. Wir haben ihr nichts zu Leide gethan. Meine Frau ist jetzt im Himmel. Würde das was Natürliches sein, dann müssten wir ja den grössten Schmerz darüber haben. Aber wir haben ihr nichts gethan. Wir dachten auch nicht, dass Mutter tot sei. Martha sagte noch, ehe wir nach Sorau fuhren, dass Mutters Finger gewackelt habe. Wenn sie gestorben ist, so ist sie durch den Geist gestorben." —

An dieser Darstellung des Todes seiner Frau hielt Gottlob K. allen Fragen und Einwürfen gegenüber unentwegt fest; den Kernpunkt seiner Ausführungen bildete immer wieder die Behauptung, sie hätten die Mutter nicht „auf Gewaltthat" angefasst, sondern nur „gehalten", wie er es auch in der Anstalt täglich sehe, dass die Wärter die Kranken halten müssten. Auf die Einzelheiten der Nacht vom Mittwoch zum Donnerstag konnte er sich angeblich nicht mehr genau besinnen; ebenso war ihm auch der Morgen des Mittwochs nur undeutlich im Gedächtniss. Von dem Besuche des Dr. Sch. aus Pförten wollte er überhaupt nichts mehr wissen; von dem Besuche des Gendarms K. war ihm anfänglich allein erinnerlich, dass dieser den Kopf zur Thür hereingesteckt und gesagt habe: „Sie schlafen, lasst sie schlafen!" Später jedoch, als ihm eine Aeusserung seines Sohnes Paul vorgehalten wurde, dass der den Gendarm begleitende Gemeindevorsteher G. ein schwarzes Gesicht gehabt habe, bestätigte er dies und fügte hinzu, dass auch die Leute, die sie gebunden, ganz schwarz im Gesichte gewesen seien, als wenn der Teufel in ihnen wirkte. —

Während seines ganzen hiesigen Aufenthalts benahm sich Gottlob K. musterhaft. Er hielt sich meist still für sich und betheiligte sich nicht an der Unterhaltung der anderen Kranken. Wenn Karten gespielt wurde, verliess er stets das Zimmer. Auf der Station ging er dem Wartpersonal mit kleinen Diensten gern zur Hand und beschäftigte sich später fleissig im Kuhstall und auf dem Felde. Gegen jedermann war er freundlich und bescheiden und gewann sich durch seine einfache Herzlichkeit und Biederkeit sehr bald die allgemeine Sympathie. Durch sein ganzes Wesen ging ein Zug tiefreligiösen Empfindens und unerschütterlichen, fast alttestamentlichen Gottvertrauens. „Er ruhe ganz in Gott, was er über ihn befinde, nehme er ohne Klage hin.“ Seine Auffassung der Dattener Vorgänge war eine wechselnde. Anfänglich beharrte er fest bei seinem Glauben an die seinem Sohne gewordenen Offenbarungen; der Teufel spiegele ihm zwar allerlei Dinge vor, aber er lasse sich doch nicht von der Wahrheit abbringen und beharre in Gott. Ein anderes Mal war er wieder etwas kleinlauter. Er gab zu, dass die von Paul prophezeite Entrückung in den Himmel nicht stattgefunden habe und alle Thatsachen offensichtlich gegen seinen Sohn sprächen; ebenso war ihm auch die Johannesgleichheit Pauls zuweilen zweifelhaft, immerhin hielt er jedoch stets daran fest, dass es mit ihm etwas ganz Besonderes sein müsse, da er jetzt ganz aus der Schrift rede, während er sich früher „niemals über Gottes Wort geoffenbart habe“. Dieser feste Glaube kam auch zum Schlusse seines Anstaltsaufenthaltes wieder zum Ausdruck, indem er kurz vor seiner Entlassung einmal spontan erklärte, dass er „wenn er auf das Brechen sehe und die ganzen Thatsachen, doch daran glauben müsse, dass Paul wie Johannes sei“. —

2. Paul K., 23 Jahre alt.

Grosser, kräftig gebauter Mensch mit gut entwickelter Muskulatur und entsprechendem Fettpolster. Kopfbildung, Ohren und Gaumen ohne Besonderheiten; Schädeldach weder druck- noch schmerzempfindlich. Gesichtsfarbe bläulich, starke Akne auf Stirn und Wangen. Gesichtsausdruck ziemlich stumpf. Die Pupillen sind beiderseits gleich weit und reagiren normal auf Lichteinfall und Einstellung. Die gerade vorgestreckte Zunge ist ohne Narben, die Herzdämpfungsgrenze reicht bis zum rechten Sternalrand, systolisches Geräusch und Schwirren an der Herzspitze, verstärkter zweiter Pulmonalton, Herzaktion unregelmässig. Lungen und Abdominalorgane normal. Keine Hernien. Patellarreflexe etwas träge, die übrigen Reflexe normal darstellbar. Gang und Bewegungen sicher. Keine Sensibilitätsstörungen. Urin frei von Eiweiss und Zucker. —

Der eigenartige Zug ekstatischer Erregung, mit dem sich Paul K. gleich bei der Einlieferung in die Anstalt zu der an der Mutter begangenen That bekannt hatte, war während der ersten Zeit seines hiesigen Aufenthaltes noch lange in seinem Wesen vorherrschend. Zumal wenn die Dattener Vorgänge, die er im Allgemeinen übereinstimmend mit dem Vater darstellte, zur Sprache kamen, hob sich seine Stimmung sichtlich. Mit einem gewissen

Bekennerstolz erklärte er, alles erzählen zu wollen, genau so, wie es gewesen sei; denn alles, was sie gethan hätten, wäre nach dem Worte Gottes geschehen und „das thäte sie nicht narren". Dabei leuchteten seine Augen wie verklärt und in seiner ganzen Haltung sprach sich eine gewisse ironische Ueberlegenheit aus, mit der er, der von Gott Erwählte, auf seine gesammte Umgebung herabschaute. Der „Offenbarung" seiner Gleichheit mit Johannes, aus der die ganze Bewegung herausgewachsen ist, gab er folgende Darstellung:

„Ich habe mich immer geschämt, den Namen Gottes zu bekennen, denn von Gott will der Mensch im Allgemeinen nichts wissen. Am Donnerstag Morgen, als wir Andacht hielten und das Lied sangen:

,Oh' Gott der Liebe, ohne Hülle
Bist Du im Sohn geoffenbart' pp.

da fing ich an zu weinen, während ich sonst nie geweint hatte, wenn ein Lied zum Preise unseres Herrn gesungen wurde. Da war ich auf ein Mal mit Gott eins, ich sah ihn im Geiste, denn persönlich ist Gott nicht zu sehen, denn er ist ein Geist. Von Gott wurde mir da in die Gedanken gegeben, dass ich, wenn ich in den Himmel käme, dort dieselbe Stellung einnehmen werde, wie sie Johannes einnimmt." —

Während seines ganzen hiesigen Aufenthaltes benahm sich Paul K. vollständig ruhig und geordnet. Er sass meist still für sich in einer Ecke, half bei den häuslichen Arbeiten auf der Station oder ging allein im Garten spaziren. Auf die Frage, womit er sich beschäftige, gab er meist zur Antwort: „Mit Gott!" Gleich in die allererste Zeit seines Hierseins fallen eine Reihe von weiteren „Offenbarungen", die in ihm anscheinend durch die Eindrücke seiner neuen Umgebung ausgelöst wurden. So erklärte er eines Tages unter Hinweis auf ein über seinem Bette hängendes Bild Luthers, er gleiche Luther, denn „ihm sei auch ein Wort Gottes kundgethan worden, und die ganze Welt stände gegen ihn, wie es im Liede heisse: „Ein feste Burg ist unser Gott." Ein anderes Mal erzählte er, ihm sei geoffenbart worden, dass das alte römische Reich, das zur Zeit Christi bestanden und bis an Deutschland gegrenzt habe, wiederkommen und dann Kaiser Wilhelm die ganze Welt richten würde; er gab im Anschluss an diese Eröffnung einen ganz verworrenen Abriss der Entwicklung der Weltgeschichte und kam endlich zu dem völlig unerwarteten Schlusse: „Jetzt seien viele Socialen und würden täglich mehr." Seine Schulkenntnisse zeigten sich im Uebrigen verhältnissmässig gut erhalten. Paul K. liest und schreibt befriedigend und rechnet sicher mit den Zahlen des kleinen Einmaleins; ebenso gelingen leichte Bruchrechnungen und einfache Regeldetriaufgaben. Die letzten grossen Kriege mit ihren wichtigsten Daten und Zahlen, die Genealogie des Deutschen Kaiserhauses und die Hauptbegriffe der Geographie sind ihm geläufig. Seine Bibelkenntniss ist eine sehr eingehende, fast auf eine jede Frage weiss er mit einer Stelle des Alten oder Neuen Testaments zu antworten. In solchen Fällen von gewohnten Gedankenabläufen war er

auch in seiner Ausdrucksweise etwas fliessender und gewandter, während sonst die Verhandlung mit ihm durch seine langsame, oft geradezu unverständliche und sich nur schwer lösende Sprache grosse Schwierigkeiten hatte. Paul K. meinte selbst hierzu, er sei schon immer nicht gut mit der Sprache fortgekommen und deshalb meistens für sich gewesen; das würden die Aerzte doch wohl auch schon gemerkt haben. Als Kind habe er noch mit anderen Kindern gespielt, später jedoch, weil er sich wegen seiner Sprache genirt, sich immer mehr von seinen Altersgenossen ferngehalten; auch zum Tanze sei er nicht gegangen und immer nur im Frühjahr beim allgemeinen „Wegemachen" mit der Gemeinde in Berührung gekommen. In Ergänzung hierzu stehen die Bekundungen seines Bruders Franz: Paul sei schon immer sehr „blöde" gewesen; er habe sich nicht getraut, zu anderen Leuten zu gehen, und wenn etwas zu besorgen gewesen sei, hätten die Eltern immer die Schwester Martha schicken müssen. —

Bezüglich der Dattener Vorgänge liegen bei Paul K. ebenso wie bei dem Vater beträchtliche Gedächtnissdefecte vor. So behauptete Paul K., sich auf den ganzen Vorgang mit dem Gärtner L., dass er mit Martha und Frau Kr. nackt auf der Dorfstrasse gewesen sei, nicht mehr besinnen zu können. Die Schwester habe ihm allerdings nachher gesagt, dass sie ein Lied gesungen und den L. angefasst hätten, aus persönlicher Erinnerung wisse er jedoch nur noch anzugeben, dass er nackt auf dem Hofe gewesen sei, denn der Schlag des Gemeindevorstehers mit dem Besenstiel habe ihn vollständig betäubt. K. senior bestätigte diese Angabe seines Sohnes dahin, dass Paul am Dienstag Abend nach seiner Rückkehr ins Haus einen ganz unbesinnlichen Eindruck gemacht und auf kurze Zeit das Bewusstsein verloren habe. Im Weiteren bestritt Paul K. ganz im Gegensatz zu seinen ersten Aeusserungen mit aller Entschiedenheit, sich einer Gewaltthat an der Mutter schuldig gemacht zu haben. Fast mit den Worten des Vaters führte er aus, sie hätten die Mutter nur „gehalten", wie dies auch bei den „vom bösen Geiste" in der Anstalt Befallenen täglich geschehe; so wie diese hätte die Mutter ebenfalls gewirthschaftet und geschrieen, in der Mutter sei der Teufel gewesen, der habe sie todt gemacht. Wurde ihm seine bei der Einlieferung gethanene, ihn sehr belastende Aeusserung: „Die meinige!" vorgehalten, so versuchte er diesen Einwand entweder ganz zu überhören oder er erging sich in endlosen Redereien über die Macht und Tücke des Teufels. Der Teufel sei in ihnen allen gewesen, in dem einen mehr, im anderen weniger. Auch in dem Gemeindevorsteher G. habe er gesessen, als dieser die Familie am Mittwoch mit dem Gendarm K. besuchte. Das Zeichen dafür sei gewesen, dass G. ein ganz schwarzes Gesicht gehabt habe, während der zu der von Gott eingesetzten Obrigkeit gehörige Gendarm im Gesichte weiss gewesen sei; auch die Gesichter der Dr. Sch. und aller anderen „im Fleische" wandelnden Leute hätten die schwarze Teufelsfarbe aufgewiesen. Gott habe den Teufel aus dem ganzen Hause gebracht; in der Mutter sei der böse Geist so stark gewesen, dass sie habe sterben

müssen. Wenn er die Mutter hätte tödten sollen, hätte er sich lieber vorher selbst tödten lassen. Alles habe Gott durch sie gewirkt. —

Das ganze geistige Leben Paul K.'s erhielt sein charakteristisches Gepräge durch den Glauben an seine Johannisgleichheit und im weiteren Sinne an seine besondere Stellung zu Gott, der ihn zu dem begünstigten „Gefäss" seiner Offenbarungen auserwählt habe. Den Modus dieser sogenannten „Offenbarungen" schilderte er immer in derselben Weise: Gott habe es ihm in die Gedanken gegeben, es sei ihm in den Sinn gekommen und im Geiste klar geworden; eine Stimme habe er nicht gehört, auch keine Erscheinung gesehen; zu sagen sei das nicht, das müsse man fühlen und glauben. Gott habe schon, als er erst dreizehn Jahre alt war, in einem Gesichte zu ihm gesprochen:

„Ich wurde damals bekehrt. Ich sah durch den Glauben, dass der Herr für mich gestorben ist. Mir war so freudig zu Muthe wie der Herr spricht zu Nikodemussen: ‚Ihr müsst von Neuem geboren werden'."

Eine ihm am Sonntag vor Weihnachten in der Anstalt gewordene Offenbarung schilderte Paul zu Protokoll der hiesigen Acten folgendermassen:

„Bis auf den Sonntag vor Weihnachten bin ich sehr unglücklich gewesen. Denn, wenn man mit dem Verstande über die ganze Sache nachdenkt, müsste man meinen, wir wären irre. Da habe ich Gott gebeten, er solle mir doch weisen, was das alles zu bedeuten habe. Am Sonntag in die Nacht war mirs nun, als wenn ich gewaltsam aus dem Schlafe geweckt würde und eine Stimme sagte: „Siehe der Bräutigam geht aus ihm entgegen!" Die Stimme hörte ich nicht, sie wirkte in mir. Die Stimme weiste mir jedes Ding und so glaube ich, dass das der Mitternachtsruf sei für die Christenheit, wie es heisst in dem Gleichniss von den zehn Jungfrauen: „Um Mitternacht war ein Geschrei!" —

Aus dieser „Offenbarung" zog Paul K. die überraschende Folgerung, dass alles, was bei ihnen zu Hause passirt sei, nur „ein Gesicht" gewesen wäre; Gott habe sie nicht betrogen, sondern sie nur „weisen" wollen, wie es später noch einmal alles kommen werde. Ebenso sei es bildlich gemeint gewesen, wenn sie unter sich geredet hätten „Gottlob K. Kaiser der Welt u. s. w."

„Der Herr spricht: ‚Mein Reich ist nicht von dieser Welt.' Uns däuchte, Vater sei Kaiser der anderen Welt. Wir sind nicht Kaiser der Welt, sondern Kaiser der Wahrheit!"

Eine weitere „Weisung" Gottes, die gleichzeitig die verworrene Denk- und Sprechweise Paul K.'s treffend illustrirt, lassen wir hiermit wörtlich folgen:

„Wir mussten uns ausziehen, so ist uns das geweist, denn es steht in der Bibel, Fleisch und Blut können das Reich nicht erwerben, sondern das Fleisch wird abgelegt, denn der Apostel Paulus sagt, die ersten Christen wurden unruhig, als sie anfingen, zu sterben, denn sie glaubten, wenn der Herr käme, kämen sie nicht in den Himmel. Da sprach der Apostel, sie

brauchten sich nicht zu beunruhigen, denn wir werden nicht alle entschlafen. Die in Christo Entschlafenen werden zuerst auferstehen und dann werden die Lebenden zum Herrn entrückt werden und bei ihm bleiben alle Zeit." —

Auf die Bemerkung, dass diese „Weisung" Gottes doch ganz unverständlich sei, gab er zur Antwort: „Das ist auch nicht zu verstehen, das muss geglaubt werden!" Hinter dieser Erklärung verschanzte er sich als ultima ratio überhaupt gern, wenn er auf Fragen nichts mehr zu erwidern wusste. „Der Herr sagt, den Verständigen und Weisen ist es verborgen und den Unmündigen geoffenbart." Darum glaube er ja gerade von Gott auserlesen zu sein, weil er „dumm sei in irdischer Beziehung und kindisch wie der Herr spricht: „Wenn Ihr nicht werdet wie die Kinder, so werdet Ihr nicht in das Himmelreich kommen." Er glaube in allem, was er gethan, recht gethan zu haben, und wenn er ins Gefängniss komme, müsse es auch gut sein, denn alles, was geschehe, geschehe durch Gott.

„Wir lasen viel im Hiob, führte er einmal gelegentlich aus, da spricht Jehova zu Satan: ‚Wo kommst Du her?' und Satan: ‚Von dem Umherstreifen auf der Erde?' Spricht Jehova: ‚Hast Du auch Acht gehabt auf meinen Knecht Hiob, denn mein ist er.' Und Gott gab Hiob in die Hand des Teufels und wurde ihm in einem Augenblick alles genommen. Auf dieselbe Art hat Gott uns auch in die Hand des Teufels gegeben, uns zu versuchen."

3. Martha K., 20 Jahre alt.

Grosses, kräftig gebautes Mädchen in entsprechendem Ernährungszustande von blühendem Aussehen. Kopfbildung, Ohren und Gaumen ohne Besonderheiten; Schädeldach weder druck- noch schmerzempfindlich. Die Zunge wird gerade vorgestreckt; ohne Narben. Gebiss gut erhalten. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle sind ohne Besonderheiten. Sämmtliche Reflexe sind normal darstellbar. Gang und Bewegungen sicher. Keine Sensibilitätsstörungen. Puls 80. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Gleich ihrem Bruder Paul trug Martha K. in der ersten Zeit ihres hiesigen Aufenthaltes noch lange einen eigenthümlich ekstatisch-verklärten Zug zur Schau. Sie bezog sich bei jeder Gelegenheit auf den lieben Gott, dessen auserwähltes Kind sie sei, war stets ruhiger, sorglos-heiterer Stimmung und erwiderte auf Fragen nach ihrem Befinden gewöhnlich: „Ich denke an meinen Heiland." Sie arbeitete ausserordentlich fleissig im Nähsaal und auf dem Felde und war wegen ihres freundlichen, bescheiden-kindlichen Wesens bald allgemein beliebt. In ihren Schulkenntnissen erwies sie sich als durchaus den Anforderungen entsprechend, die man billigerweise an ein Mädchen ihres Standes und Bildungsgrades stellen kann; sie ist ihrer Angabe nach in allen Klassen stets die Erste gewesen. Martha K. ist nicht getauft, dagegen bereits in ihrem siebenten Lebensjahre „bekehrt" worden. Ihr Bruder Paul schildert diesen Vorgang folgendermassen:

„Es war ein Schneider in unserem Hause, wie sie bekehrt wurde. Der sagte, Marthel redete wie ein Engel. Sie sagte, wenn sie ihre Sünden bekennen thäte, wäre sie bekehrt."

Martha K. bestätigte diese Darstellung und begegnete dem Einwande, dass doch ein siebenjähriges Kind noch keine Einsicht in das Wesen einer „Bekehrung" haben könne, mit der Behauptung, jeder Mensch sei in Sünde geboren, wenn er seine Sünden bekenne, so sei Gott treu und gerecht und reinige ihn von aller Sündhaftigkeit.

Die Verhandlung mit Martha K. über die Vorgänge in Datten war dadurch ausserordentlich erschwert, dass Martha mit ihren Aussagen sehr zurückhielt und vielen Fragen überhaupt ein starres Schweigen entgegensetzte. An die Johannesgleichheit Pauls hat sie deshalb ohne Weiteres geglaubt, weil Paul zu den „Bekehrten" gehöre. Paul habe ihr auch erzählt, er wäre schon einmal im dritten Himmel gewesen; in den Himmel könne man alle Tage kommen, auch ohne dass man stürbe, das stände schon bei den Thessalonichern. Sie habe mit aller Bestimmtheit erwartet, dass Christus sie am Sonntag in den Himmel entrücken würde, und sie erwarte ihn auch jetzt noch. Christus habe in jener Zeit öfters mit ihr gesprochen; noch auf der Reise nach Sorau sei er ihr im Eisenbahncoupé erschienen und habe sie getröstet und ihr gesagt, „dass Mutter lebe". Gesehen habe sie ihn nicht, auch sei seine Stimme nicht so gewesen wie die eines Menschen. „Wie es gewesen ist, das können Sie (d. h. die Aerzte) ja doch nicht verstehen."

Den Vorgang des „Brechens" des Vaters erzählte sie in Uebereinstimmung mit den Angaben der übrigen Familienmitglieder, ohne ihm jedoch einen besonderen überzeugenden Werth für sich persönlich beizulegen. Dagegen schwieg sie consequent auf alle Fragen, die sich auf die Misshandlung ihres Bruders Franz bezogen. Ebenso bestritt sie, sich des Auftritts mit dem Gärtner L. auf der Dorfstrasse überhaupt auch nur zu entsinnen. Aehnliche Schwierigkeiten bereitete ihre Verschlossenheit bei dem Verhör über den Tod der Mutter. In dem ersten mit ihr über diesen Punkt vorgenommenen Colloquium beschränkte sie sich zunächst auf die kurze Antwort: „Ich weiss nicht, was passirt ist, es war finster!" und erweiterte erst auf den Einwand, dass sie doch die Mutter oder den Teufel in der Mutter geschlagen hätten, ihre Aussage dahin:

„Der Teufel ist nicht mit Händen zu schlagen. Der Teufel versuchte den Herrn und der Herr sprach: „Hebe dich weg von mir". Gott hat den Teufel in der Mutter besiegt. Mutter ist jetzt im Himmel, da komme ich auch hin. Alle, die an den Herrn Jesus glauben, kommen in den Himmel." —

In den weiteren Colloquien, in denen sie theils mit ihrem Bruder Paul, theils mit der Auguste A. confrontirt wurde, blieb sie consequent dabei, dass sie die Mutter weder angefasst noch geschlagen habe; im Uebrigen hüllte sie sich gegen alle Fragen in ein undurchdringliches

Schweigen. Erst auf sehr energische Vorhaltungen gab sie endlich in einem Colloquium vom 10. Februar d. J. an, in Allen sei der Teufel gewesen, auch an sie habe er herangewollt. Sie habe es daran gemerkt, dass ihr so angst geworden sei, und bezeichnete als den Sitz dieses Angstgefühls die Herzgegend. Bei der Frau Kr. sei es am schlimmsten gewesen, die war, als ob sie brechen müsste und im Gesicht ganz schwarz vom Teufel.

Die gegenwärtige Stellung Martha K.'s zu den ganzen Dattener Ereignissen lässt sich gleich der von Vater und Bruder vielleicht am besten mit einem vulgären Ausdruck bezeichnen: „Es ist noch nicht aller Tage Abend." Auch sie fasst wie Paul den gesammten Vorgang als eine „Weisung" Gottes auf, wie es alles noch einmal kommen werde. „Wir kommen alle in den Himmel, nur die Stunde wissen wir noch nicht. Mutter würde es in der Anstalt doch nicht gefallen haben, darum hat Gott sie schon früher zu sich genommen." —

4. Auguste A., 46 Jahre alt.

Mittelgrosse, gracil gebaute Frau mit schlaffer Musculatur und geringem Fettpolster. Kopfbildung, Ohren und Gaumen ohne Besonderheiten; Schädeldach weder druck- noch schmerzempfindlich. Die Pupillen sind mittelweit und reagiren normal auf Lichteinfall und Einstellung. Die Zunge weicht etwas nach rechts ab; Nasolabialfalten beiderseits verstrichen. Gebiss sehr defect. Organe der Brust- und Bauchhöhle ohne Besonderheiten. Sämmtliche Reflexe normal darstellbar. Gang und Bewegungen sicher. Keine Sensibilitätsstörungen. Puls 76. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Die Auguste A. war bei ihrer Aufnahme sehr erschöpft; sie schlief die beiden ersten Tage fast ununterbrochen, erklärte, sich sehr matt zu fühlen und war sehr einsilbig und wortkarg. Erst am dritten Tage hatte sie sich wieder etwas erholt und beantwortete jetzt ruhig und klar alle ihr vorgelegten Fragen. Bezüglich ihrer Beziehungen zur Familie K. erklärte sie, mit den K.'s „ganz engaal" zu sein.

„Wir haben an den Heiland geglaubt und sind eins gewesen in unserm Thun und Lassen. Ich bin zu dem Glauben gekommen, weil ich mit dem Schwager in Sünde war. Das war aber alles vom Herrn, ich sollte zur Erkenntniss kommen, dass ich ganz schlecht war. Da hab ich viel gebetet und that das Lied singen: ‚Aus tiefer Noth schrei ich zu Dir', weil ich meiner Sünden ledig werden wollte. Da sind wir alle bekehrt worden."

Während ihres ganzen hiesigen Aufenthaltes benahm sich Auguste A. stets ruhig und geordnet. Sie arbeitete fleissig auf der Nähstube und auf dem Felde, war immer bescheiden und freundlich, aber ebenso wie Martha verschlossener und unzugänglicher als die beiden Männer K. Gleich den übrigen Mitgliedern der Familie war auch ihres Wesens Hauptsignatur ein unerschütterliches Gottvertrauen. Sie hatte eine hohe Meinung von ihrer

Stellung als „Bekehrte“ und kritisirte zuweilen scharf die Einrichtungen der bestehenden Kirche als mit den Satzungen der ersten Christen nicht übereinstimmend. Als eines Tages vom Anstaltsgeistlichen Bibelstunde auf der Station abgehalten wurde, zog sie sich sofort aus dem Saale zurück, ebenso ignorirte sie die Weihnachtsfeier vollständig und berührte auch nicht das ihr am ersten Feiertage gereichte Christbrot. Ihre Bibelkenntniss war eine sehr eingehende, sie wusste im Alten und Neuen Testament gleich gut Bescheid und schmückte ihre Unterhaltung gern mit biblischen Citaten.

Bezüglich der Dattener Vorgänge ist für sie gleich Martha an Pauls Offenbarungen das Ueberzeugende das gewesen, dass Paul zu den Bekehrten gehörte und alle seine Worte mit der Bibel übereinstimmten, während er sich früher nie darüber ausgewiesen hatte, dass er im Worte Gottes lesen konnte. An Paul ist ihr schon vor seiner ersten Offenbarung am Donnerstag aufgefallen, „dass ihm etwas fehlte“.

„Er war so ganz auffallend still für sich, als wenn er krank sei, als wenn er eine schleichende Krankheit hätte. Ich habe ihn aber nicht besonders befragt. Auch in der Haide tags zuvor war er so anders, so wie müde.“ —

Ueber die Misshandlung des Franz K. vermochte Auguste A. aus eigener Anschauung nichts anzugeben und erklärte, sich im Allgemeinen überhaupt mehr passiv verhalten zu haben. Während Vater K., Paul und Martha stets einer Meinung gewesen seien, habe sie bloss einfach alles geglaubt, aber selbst nichts gehört und gesprochen. Die Vorgänge beim Tode der Frau K. erzählte sie folgendermassen:

„Zuerst hat die Kr. geschrien und dann schrie Frau K. und sagte: „Bei mir ist der Teufel, er thut mich quälen, schlagt ihn“. Der Teufel war bei uns allen, es war uns allen so schlimm, so angst im Herzen. Bei der Kr. war es am schlimmsten, die hat immer geschrien und hatte auch ein schwarzes Gesicht.“

Zu einer weiteren Auslassung über den Tod ihrer Schwester war sie nicht zu bewegen. Dass die Schwester todt gewesen sei, will sie überhaupt erst bemerkt haben, als sie gebunden wurde. Auch Auguste A. deutete die Dattener Ereignisse als eine Offenbarung, wie es alles künftig noch einmal kommen werde. Sie warte in Geduld, denn sie sei in guten Händen, in Gottes Händen, der seinen Sohn für sie hingegeben habe. —

5. Frau Elisabeth Kr., 56 Jahre alt.

Die kleine, sehr schwächliche und schlecht genährte Frau Kr. wurde zwei Tage nach der Ankunft der Familie K. in einem vollständig deliriösen Zustande aus dem Krankenhause Pförten in die hiesige Anstalt eingeliefert. Eine genauere körperliche Untersuchung war nicht möglich. Frau Kr. befand sich in lebhaftester motorischer Erregung, schwatzte unausgesetzt unverständliches Zeug, raufte sich die Haare, versuchte immer

wieder an den Wänden in die Höhe zu klettern, zerriss Hemd und Bettzeug, sträubte sich gegen jede Pflege und verweigerte die Nahrungsaufnahme, sodass sie mit der Sonde gefüttert werden musste. Die fortgesetzte Unruhe war weder durch Bäder, noch durch Narcotica zu bekämpfen; Frau Kr. brach die Sondenfütterungen immer wieder aus, dabei lagen die Körperfunctionen völlig darnieder, der Stuhlgang war dauernd angehalten und der Urin musste durch Katheter entleert werden. Nach fünf Tagen trat in einem plötzlichen Collaps endlich ein Nachlass der stürmischen Erscheinungen des unablässigen triebhaften Bewegungsdranges ein. Frau Kr. lag jetzt völlig stumpf und theilnahmslos im Bette, rührte von selbst kein Glied und murmelte nur zuweilen leise vor sich hin. Die Sondenfütterungen wurden nur zum kleinsten Theil zurückbehalten, zudem machte ihr eine schmerzhafte Drüsengeschwulst an der rechten Halsseite, die wahrscheinlich durch eine Infection von der Mundhöhle aus entstanden war, jedes Schlucken unmöglich. Die Temparatur sank bis auf 35° und 36,6°, der Puls wurde immer kleiner und war zuweilen sehr verlangsamt. Fortgesetzte Kampherinjectionen und Ernährungsklystiere, mit denen das erlahmende Herz unterstützt wurde, vermochten das fliehende Leben noch ein paar weitere Tage zurückzuhalten. Dann aber trat am neunten Tage ihres Anstaltsaufenthalts unter allen Zeichen der vollständigsten körperlichen Erschöpfung der Tod ein.

Dem Protokoll der noch am Todestage vorgenommenen Section entnehmen wir in extenso folgende Daten:

Mittelgrosse, sehr schlecht genährte weibliche Leiche. Auf dem linken Gesässbacken eine thalergrosse oberflächliche Decubitusstelle; die äussere Haut weist in ihrer ganzen Ausdehnung zahlreiche thalergrosse, unregelmässig geformte blaurothe Verfärbungen auf.

Das Schädeldach ist mit der Dura nicht verwachsen, sehr hart und schwer, das linke Stirnbein mehr abgeflacht als das rechte, die ganze rechte Schädelhälfte ist kürzer und dafür mehr nach der Seite ausgebuchtet als die linke. Bei Eröffnung der Schädelhöhle entleert sich eine sehr reichliche Menge dunkelrothen Blutes. Die Oberfläche der Dura ist blassgrau und ziemlich stark injicirt, der Sinus longitudinalis fast leer. Bei Herausnahme des Gehirns entleert sich ziemlich viel mit Blut vermengte Flüssigkeit. Die Dura ist im Bereich des rechten Schläfelappens mit einer noch frischen, dunkelrothen, sammetartigen, leicht abziehbaren, aber nicht abspülbaren Membran überzogen; eine fast ganz hellrothe dünnere Membran kleidet die Schädelbasis im Bereiche der beiden Stirnlappen grossentheils aus. Kleinere hellrothe Häutchen überziehen auch den Bereich des linken Schläfelappens. Die Pia ist ziemlich dick und getrübt und allenthalben mit Suggillationen durchsetzt. Beim Abziehen der Pia entleert sich viel Flüssigkeit, ebenso bei Eröffnung des Ventrikels. Gehirngewicht 1180. Ependym leise gestippt. Gehirnsubstanz sehr weich, zeigt auf dem Durchschnitt unzählige Blutpunkte, ebenso sind die grossen

Stammganglien, Brücke, Kleinhirn und Medulla oblongata mit reichlichen Blutpunkten durchsetzt.

Das Herz wird von den Lungen fast ganz überlagert. Klappen schlussfähig; in den Anfangstheilen der grossen Gefässe zahlreiche Blutgerinnsel. Lungen und Bauchorgane ohne Besonderheiten. Magenschleimhaut stark verfärbt, dunkelblauroth.

Anatomische Diagnose:

Pachymeningitis haemorrhagica, Hyperaemia cerebri, Hydrocephalus internus et externus, Leptomeningitis, Ependymitis.

Todesursache: Gehirnblutung.

Ueberblicken wir im Zusammenhange die mitgetheilten Daten, so dient gleichsam als Schlüssel zum Verständniss der ganzen Dattener Bewegung eine genaue Analyse des Milieus, dem sie ihren Ursprung verdankt, wie ja überhaupt die Ideen, Bestrebungen und Handlungen des Einzelnen nicht als etwas scharf Abgrenzbares, dem Individuum allein Eigenthümliches angesehen werden dürfen, da sich in ihrem Charakter stets mehr oder weniger der Einfluss der jeweiligen Umgebung widerspiegelt.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine einfache, sich seit langen Jahren von der übrigen Dorfgenossenschaft streng getrennt haltende Bauernfamilie, die man in dem Zuschnitt ihres einfältig-frommen Lebens nicht mit Unrecht mit einer der Gemeinden der Ersten Christen vergleichen könnte. Gottlob K. schaltet auf seinem Gehöfte unumschränkt zugleich als pater familias und summus episcopus; er ist die Seele sowohl des intensiven Wirthschaftsbetriebes wie des täglichen Gottesdienstes und hält unter den Seinen eine strenge Zucht. Arbeit und Gebet ist die Signatur des ganzen Hauses, die Bibel das geistige Centrum, um das sich der gesammte Vorstellungskreis der Familie bewegt; dem Worte Gottes kommt der souveraine Primat im Denken der K.'s zu. Der bilder- und gleichnissreiche, ursprünglich auf die lebhafte Phantasie der Orientalen berechnete Bibelinhalt wird von ihnen nicht in seiner übertragenen geistigen Bedeutung, sondern in vollster sinnlicher Anschaulichkeit und Plasticität genommen und bewirkt im Verein mit dem durch die unausgesetzten Andachtsübungen vermittelten ständigen religiösen Rapport, dass die Eigenbeziehung zwischen den Gestalten der Heiligen Schrift und der Familie K. nach und nach die denkbar engste wird. K.'s sprechen mit der gleichen Selbstverständlichkeit der Bekanntschaft von

Petrus, Paulus, Abraham oder Nicodemus wie von dem Gemeindevorsteher G. oder dem Gensdarm R. Sie leben gleichsam in einer anderen Welt und Zeit; Palästina, die Leidensgeschichte Christi und die Wiederkunft des tausendjährigen Reiches sind ihnen viel näherliegende Begriffe wie beispielsweise die Geographie ihrer Heimathprovinz oder die gegenwärtig im Brennpunkt des Interesses stehenden Tagesereignisse Burenkrieg oder Chinaexpedition. Die ganze Gemeinde ist von jenem naiv-inbrünstigen Glauben durchdrungen, der, jedem kritischen Zweifel unzugänglich, nach dem Worte der Psalmisten Berge versetzt und einst die christlichen Märtyrer ruhigen Herzens dem qualvollsten Tode entgegengehen liess. Im Sinne dieses Glaubens vollzieht sich fast ausnahmslos der psychische Austausch der einzelnen Familienmitglieder unter einander, bei dem Mangel jeder Anregung von aussen lässt die unausgesetzte Lektüre der Bibel und ähnlicher dieser nachgebildeter Erbauungsschriften andere als religiöse Gedankengänge schliesslich garnicht mehr aufkommen. Auf diese Weise verwächst die K.'sche Gemeinde immer inniger mit der Heiligen Schrift, in der sie sich nach der Aufgabe des sicheren dogmatischen Grundes der bestehenden Kirche ihr alleiniges Glaubensideal aufgerichtet hat. Das Wort Gottes ist den K.'s die ausschliessliche und selbstverständliche Unterlage alles Wissens und Denkens und dient ihnen als Vorbild und höchste Instanz für alle Fragen ihres Lebens, das sie sich gemäss der ihnen durch die Gnade der Bekehrung erwiesenen Auszeichnung nun auch ganz besonders fromm und tugendhaft gestalten zu müssen verpflichtet fühlen. In dieser Richtung eines werkthätig-sittenstrengen Wandels ist bei ihnen das Moment der Activität verarbeitet, dem wir bei der Bildung jeder religiösen Gemeinschaft begegnen und das sich in der Regel in dem Drang und Zwang zu einem Cultusdienst und in dem starken Impuls zur Uebertragung auf die Umgebung, d. h. dem Fanatismus entladet. Es erscheint ferner psychologisch durchaus natürlich, dass die Befriedigung über ihr gottwohlgefälliges Leben auch die Meinung der K.'s von sich selbst allmählich in übertriebener Weise steigern musste, zumal ihnen ihre abgeschlossene Existenz jede Möglichkeit nahm, durch kritische Vergleichung mit ihren Nebenmenschen die Vorstellung von ihrer Bedeutung auf ein bescheideneres Mass zurückzuführen. Die

Summation der einzelnen Momente dieser langjährigen Selbstüberschätzung entwickelt in ihnen nach und nach die unumstössliche Ueberzeugung, von Gott besonders begnadete, zu besonderen Zwecken erlesene Individuen zu verkörpern; wer nicht zu ihrer Gemeinde der „Bekehrten" gehört, zählt zu den Kindern der Welt; er spricht und handelt „im Fleische". Auf diesen seit zwei Decennien angesammelten Zündstoff des naiven Persönlichkeitskultus mussten Pauls Offenbarungen seiner Johannisnatur und der bevorstehenden Entrückung in den Himmel, mit denen sich die K.'s auf einmal der Verwirklichung ihrer kühnsten Hoffnungen direkt gegenübersahen, eine gewaltige Wirkung ausüben; mit seinen Verheissungen legt Paul K. gleichsam die Lunte an die Pulverladung der Selbstüberschätzung, die sich nun mit elementarer Gewalt in dem tagelangen Taumel der ekstastischen Erregung entladet.

Man begreift wissenschaftlich unter der Bezeichnung „Ekstase" einen eigenartigen Reiz- und Lähmungszustand des Gehirns, in dem ein bestimmter Kreis von Vorstellungen zu solcher Lebhaftigkeit ausgearbeitet wird, dass er die Thätigkeit des ganzen übrigen Organs unterdrückt. Dieser das Bewusstsein vollständig beherrschende Ideencomplex ist von höchster Schärfe und Deutlichkeit, das ganze Denken ist von ihm wie mit blendender Mittagshelle durchfluthet; in den Momenten der Ekstase besteht gleichsam eine Art Hypnose der Affecte und Gedanken, eine Erhöhung und Verdichtung sämmtlicher Seelenkräfte in einem einzigen Punkte oder, wie *Ribot* es ausgedrückt hat, „die acute Form des Strebens zur Einheit des Bewusstseins". Mit jeder Ekstase sind überaus starke Gefühle verbunden, in denen sich Schmerz und höchste Wonne mischen. Derartige Empfindungen, sagt *Nordau*, vergesellschaften sich mit jeder heftigen und übermässigen Thätigkeit von Nervenzellen, mit jedem ausserordentlichen, gewaltsamen Verbrauch von Nervensubstanz. Das Wollustgefühl des Beischlafs ist ein Beispiel dieser Begleiterscheinungen von ungewöhnlichen Zersetzungsprocessen des Nervengewebes; die Geschlechtscentren stellen beim normalen Menschen die einzigen dar, die, ihrer Function angemessen, so eingerichtet sind, dass sie keine gleichmässige, dauernde Thätigkeit ausüben, sondern während des weitaus grössten Theils der Zeit vollkommen ruhen und grosse

Mengen von Nährstoff aufspeichern, um diese dann in kurzen Momenten plötzlich, gleichsam explosiv zu zersetzen. In derselben Weise arbeiten im Zustande der Ekstase die krankhaft überreizten Hirnpartien, und die Wonneempfindungen, die ihre explosive Thätigkeit begleiten, sind in dem Masse mächtiger wie die Wollustgefühle, in dem die Hirncentren empfindlicher sind, als die untergeordneteren und stumpferen Rückenmarkscentren. Der Umstand, dass die einzige uns bekannte normale Empfindung, die denen der Ekstase ähnlich, die Wollustempfindung ist, erklärt es ferner, dass die Ekstatiker durch Ideenassociation in der Regel Vorstellungen der Liebe mit ihren ekstatischen Vorstellungen verbinden und die Ekstase selbst als eine Form eines übernatürlichen Liebesactes, als eine Vereinigung unfassbar hoher und reiner Art mit Gott deuten. Die als Ekstatikerin berühmte, von Papst Gregor XV. heilig gesprochene Theresa Sanches de Cepeda, genannt die „heilige Therese", giebt in ihrer in alle Cultursprachen übersetzten Lebensbeschreibung hierzu folgende anschauliche Schilderung:

„Der Zustand der Ekstase ist ein Schlaf der geistigen Kräfte, eine Lust und Wonne ohne Vergleich. Die Seele ist mit dem Wasser der Gnade Gottes überschwemmt, das in vollen Ufern fliesst, sie kann und will weder vorwärts noch rückwärts gehen und glüht nur von dem Verlangen, solche überschwängliche Herrlichkeit zu geniessen. Sie befindet sich wie jemand, der schon die Kerze in der Hand hält, im Begriff, den langersehnten Tod zu erdulden. Die Seele hat in diesem Sterben den höchsten Genuss, den man sich denken kann; mein Zustand erscheint mir dann wie ein vollständiges Absterben für alle weltlichen Dinge und ein Entzücken in Gott. Ich kann kein passenderes Bild finden für das, was die Seele da fühlt. In diesem Zustande weiss sie nicht, was sie thut, ob sie redet, schweigt, lacht oder weint, es ist wie ein wonniges Delirium, ein himmlischer Wahnsinn, worin man die wahre Weisheit lernt, ein unfassbarer, herrlicher Genuss." —

Aehnliche Aeusserungen finden sich in den Schriften weiterer grosser Ekstatiker, Mohameds, des Ignaz von Loyola u. a. Sie alle stimmen darin überein, dass die Wonnen, die ihre ekstatischen Gesichte begleiten, mit nichts Irdischem zu vergleichen und dem Sterblichen fast unerträglich sind. Dieser letztere Zusatz beweist, dass sie sich auch der oft geradezu schmerzhaften Unlust-

empfindungen bewusst werden, die den Zersetzungsprocess in den überreizten Hirnzellen begleiten und bei aufmerksamer Analyse in einem jeden starken Lustgefühl unterschieden werden können. In den Zuständen der Ekstase erscheinen diese Unlustempfindungen in der Gestalt von schreckhaften, an Angstgefühle anknüpfenden Nebenvorstellungen.

„Die Ekstase“, sagt Mantegazza, „hat innigere Beziehungen zu der narkotischen und erotischen Trunkenheit, als man bei einer oberflächlichen und eiligen Untersuchung vermuthen sollte. In der Wollust folgt auf den Krampf der Lust oft die düsterste Traurigkeit und nach den heiteren, glänzenden Hallucinationen des Opiums tauchen dunkle Bilder auf, die Gespenster der Finsterniss. So erscheinen in asketischen Visionen nach den Engeln die Teufel. Derartige, oft an Dantes Schilderung der Hölle erinnernde Beschreibungen finden sich vielfach in den Geschichten der Heiligen.“

Der vorliegende Fall bildet zu diesen allgemeinen Erörterungen ein geradezu klassisches Paradigma. Verweist schon rein äusserlich Paul K.'s Befehl der Entkleidung auf ein sexuelles Moment, so ist seine Offenbarung der Entrückung durch Christus in ihrem innersten Grunde zweifellos gleichfalls nicht anders als im Sinne des vorher erwähnten supranaturalistischen Liebesactes zu verstehen. In Uebereinstimmung hiermit bewegen sich denn auch die Grössenideen der Familie ganz in den religiös-erotischen Bahnen einer innigen Vereinigung mit Gott: „Paul sei Gott und Heiland, Martha die Braut des Lammes u. s. w.“ Aus diesen expansiven Glückseligkeitsgefühlen wächst alsdann, als sich Pauls Verheissungen nicht verwirklichen, am Abend des Dienstags gleichsam als Contrastvorstellung die Teufelsidee heraus. Der Gedankengang dabei ist ungefähr folgender: Die Entrückung in den Himmel geht deshalb nicht vor sich, weil sich Franz unter dem Einfluss des Teufels am Montag von der Familie getrennt hat, d. h. weil der Teufel in ihm wirksam ist. Dieser Teufel muss infolgedessen aus Franz ausgetrieben werden, um ihn selbst gegen seinen Willen der Himmelfahrt theilhaftig werden zu lassen. Jetzt tritt die ekstatische Erregung in ihre erste manifeste Erscheinung; die Ueberreiztheit des Nervensystems entladet sich in heftiger, muskulärer Action in der Misshandlung des Franz und dem sich daran anschliessenden Auftritt mit dem Gärtner L.. Anstatt der vagen himmlischen Ver-

heissungen Pauls haben die K.'s nun den compacteren Begriff des Teufels vor Augen, der für sie eine vertraute Persönlichkeit von fast greifbar-plastischer Gestalt bedeutet; die Teufelsidee giebt jetzt in Gemeinschaft mit dem stimulirenden Gefühl der Erwartung gleichsam als eine vis a tergo der ganzen Bewegung die bestimmende Richtung. Ihre gesammte Umgebung erscheint den K.'s am Morgen des Mittwoch bis auf den der von Gott eingesetzten Obrigkeit angehörenden Gensdarms R. im Bunde mit ihrem teuflischen Widersacher und schon äusserlich durch die schwarze Gesichtsfarbe als ihnen feindlich gekennzeichnet. In ihrem instinktiven Verfolgungswahn verlegen und suchen sie den ihre Himmelfahrt vereitelnden Teufel endlich in sich selbst: Eine Reihe von körperlichen Sensationen, die sich aus den tagelangen asketischen Uebungen als Erschöpfungserscheinungen ganz natürlich erklären, werden von ihnen in der Nacht zum Donnerstag, der Todesnacht der Frau K., theils als ein Angriff des Teufels, theils bereits als ein „Besessensein“ durch denselben gedeutet. Damit erreicht der ekstatische Paroxysmus seinen Culminationspunkt. Der Vorgang selbst ist nicht in seinem vollen Umfange aufgeklärt, da bei den einzelnen Familienmitgliedern mehr oder weniger bedeutende, die hochgradige Erregung charakterisirende Erinnerungsdefecte vorliegen. Soviel dürfen wir jedoch als sicher annehmen, dass es sich in der fraglichen Nacht allem Anschein nach um eine Art Anfall jener im Mittelalter so häufigen, wohl unserer modernen Chorea magna verwandten Dämonomanie gehandelt hat, die in der Regel nach Ablauf eines sinnlosen Fastens in Nonnenklöstern und Waisenhäusern mit hysterischen Wuthausbrüchen und Convulsionen, Lachkrämpfen, Verdrehungen des Körpers, kataleptischer Starre, Selbstmisshandlungen und ähnlichen Erscheinungen aufzutreten pflegte. Fassen wir die einzelnen Bruchstücke der Angaben der K.'s zu einem einheitlichen Ganzen zusammen, so resultirt daraus ungefähr folgendes Bild: Frau Kr. und Frau K. schreien und schlagen mit Händen und Füssen um sich, Frau Kr. ist „ganz schwarz im Gesicht und thut, als ob sie sich brechen müsste“; Frau K. wähnt sich selbst vom Teufel besessen: „In mir ist der Teufel, schlagt ihn!“ Martha und Auguste A. empfinden die Angriffe des bösen Geistes als ein Angstgefühl in der Herzgegend; selbst der besonnene Vater K. wird von dem allgemeinen

Taumel angesteckt und hat einen Anfall, „ähnlich dem der Frau“. Am wenigsten ist anscheinend in seiner superioren Johannisstellung Paul K. von der teuflischen Attaque tangirt; er befindet sich vielmehr gewissermassen in einer Art kampfesfreudiger Ritter St. Georg-Stimmung, indem er dem im Vater wirkenden Teufel mit einem Pantoffel muthig zu Leibe rückt und auch die Anregung zu einem activen Vorgehen bezüglich der Mutter von ihm ihren Ausgang nimmt.

Nach dieser stürmischen Exacerbation stirbt die ganze ekstatische Bewegung allmählich langsam verglimmend ab. Einem nochmaligen Aufflackern begegnen wir am Morgen des Donnerstags in dem verzückten Gesange bei der Fesselung durch die Dorfbewohner und in der märtyrerhaften Selbstbezichtigung Paul und Marthas bei der Ankunft in der hiesigen Anstalt. Dann aber bringt die reale Wirklichkeit und der Einfluss der Trennung und der ungewohnten, neuen Verhältnisse nach und nach die normale Denkthätigkeit wieder an die Oberfläche und nur das eigenartig verklärte Wesen der beiden Geschwister gemahnt noch lange an die überstandene gewaltige psychische Erschütterung, wie der Abglanz eines fernen Feuers. —

Paul K. ist ein ungelenker, schwerfälliger Bauernbursche, dessen ganze Persönlichkeit es zunächst nur wenig verständlich erscheinen lässt, wie er einen derartig tiefgreifenden Einfluss auf seine Umgebung auszuüben vermocht hat. Der Schatz seiner rein gedächtnissmässig erworbenen Schulkenntnisse ist zur Zeit allerdings noch verhältnissmässig befriedigend erhalten, dagegen hat er offenbar, wie dies ja auch in dem einfachen Kreislauf des Landlebens überhaupt und der isolirten Existenz der Familie im Besonderen ganz natürlich begründet, nach Beendigung des Schulunterrichts nur noch eine geringe Anzahl allgemeiner Vorstellungen hinzuerworben. Jedenfalls macht er gegenwärtig mit seiner plumpen, ausdruckslosen Gesichtsbildung und seiner ganz verworrenen und ungeordneten Art, zu denken und zu sprechen, einen entschieden schwachsinnigen Eindruck, der durch die Schwerfälligkeit seiner Zunge in seinem rein äusserlichen Effect noch weiter gesteigert wird.. Dieser Sprachfehler hat ihn bereits frühzeitig zu einem einsamen Menschen werden lassen, der ein stilles, in sich gekehrtes Leben führt und auch den an sich schon so einfachen Gedankenaustausch selbst mit der eigenen Familie

auf das Nothwendigste einschränkt. Sein einziges, geistiges Besitzthum sind die fest organisirten religiösen Combinationen der Bibel, in die er sich mit der Zähigkeit seiner Bauernnatur immer mehr hineinarbeitet. Der dadurch bedingte ununterbrochene persönliche Connex mit Gott, der in Pauls naiver Vorstellung jedes auch das kleinste Erlebniss des Menschen bewirkt und dem der Mensch jedes Anliegen vortragen kann, verdichtet Paul K.'s religiöse Gedankengänge zu seinem ersten „Gesichte“ in seinem fünfzehnten Lebensjahre, in dem seine „Bekehrung“ durch die „Offenbarung“ Gottes veranlasst wird, dass Christus für ihn am Kreuze gestorben sei. Die genaue Befragung Pauls über die Natur dieser wie der späteren „Offenbarungen“ hat ergeben, dass hierbei nicht ausgesprochene Hallucinationen in Betracht kommen, sondern eine interessante Abart derselben, die man als psychische oder Pseudohallucinationen bezeichnet. Paul K. betont immer wieder ausdrücklich, dass er keine wirklichen Stimmen gehört und auch keine realen Erscheinungen gehabt habe, „es sei ihm vielmehr Alles im Geiste klar geworden, Gott habe es ihm in die Gedanken gegeben u. s.w.“. Während die echten Hallucinationen an sensorieller Kraft den äusseren Sinneswahrnehmungen gleichwerthig sind und deshalb von den Kranken nach aussen verlegt werden, handelt es sich bei den Pseudohallucinationen um nicht wirklich sinnliche, sondern mehr innerliche Eindrücke, „innere Stimmen“, die sich aber dennoch wegen ihrer aufdringlichen Deutlichkeit von den gewöhnlichen Vorstellungen unterscheiden. Die bereits erwähnte „heilige Therese“ entwirft in ihrer Lebensbeschreibung von dem Wesen dieser Pseudohallucinationen folgendes Bild:

„Die inneren Reden Gottes an die Seele bestehen aus vollkommen klaren und deutlichen Worten, werden aber nicht mit den körperlichen Ohren gehört, obgleich die Seele sie ebenso deutlich wahrnimmt, als wenn sie dieselben hörte, und, wenn sie sich bemühen sollte, sie nicht zu hören, so würde alle Mühe vergeblich sein. Unter den Menschen, wenn wir nicht hören wollen, können wir uns die Ohren verstopfen oder unsere Aufmerksamkeit anderswo hinlenken, sodass wir bei offenen Augen nicht sehen. Aber, wenn der Herr zur Seele spricht, geht es ganz anders zu. Das mächtige Wort Gottes besiegt jeden Widerstand und eröffnet sich gebieterisch den Weg zum Verständniss; so sehr fesselt sie die Aufmerksamkeit

auf das, was Gott uns mittheilen will, dass unser Wollen und Nichtwollen ganz gleichgiltig ist.“

Während ferner die eigentlichen Hallucinationen in der Regel nur einem einzelnen Sinnesgebiete anzugehören pflegen und sich dem Vorstellungsverlauf gegenüber durchaus selbstständig verhalten, umfassen die Pseudohallucinationen zumeist mehrere oder alle Sinnesgebiete und stehen stets in naher Beziehung zu dem jeweiligen Bewusstseinsinhalt. Paul K.s Offenbarungen sind gewissermassen nichts weiter als eine Materialisation seiner sich fortgesetzt in biblischen Bahnen bewegenden Gedanken, niemals begiebt er sich mit seinen „Gesichten“ auf ein anderes Gebiet. Als ein typisches Beispiel hierfür stellt sich die nächtliche Offenbarung des Sonntags vor Weihnachten dar, in der sich die Ideengänge Pauls, mit denen er sich — sit venia verbo — aus der ganzen Sache einen Vers zu machen sucht, in eine „Offenbarung“ verwandeln, die bis auf die biblische Verbrämung im Grunde nichts anderes als den ihn gerade beschäftigenden Vorstellungsgehalt, dass Alles nur als eine Weissagung aufzufassen sei, wiedergiebt.

Von Pauls Pseudohallucinationen steht im Vordergrunde des Interesses die erste Offenbarung seiner Gleichheit mit Johannes; damit tritt er aus dem Bereich des überspannten religiösen Denkens und Fühlens, wie wir einem solchen bei vielen Sekten begegnen, die an eine persönliche, unmittelbare Inspiration durch Gott glauben, in das Gebiet des ausgesprochen Krankhaften hinüber. Die vermeintliche Erfahrung des „Gesichtes“ lässt hier auf dem Boden der Exaltation des Selbstgefühls eine entschiedene Wahnvorstellung entstehen, bezüglich deren sich Paul K. jeder Kritik gegenüber vollkommen einsichtslos verhält und die alsbald sein ganzes Bewusstsein mit der absoluten Realität und Unumstösslichkeit einer objektiven Thatsache durchdringt. Am Freitag und Sonnabend arbeitet diese Idee seiner Johannisnatur in ihm anscheinend unbewusst fort und fixirt sich allmählich mehr und mehr, um sich dann in der Musse des Sonntags dahin weiter auszugestalten, dass Christus ihn und seine ganze Familie in den Himmel entrücken werde. Mit dieser zweiten Offenbarung steigert sich die psychische Alteration zur ausgesprochenen ekstatischen Verzücktheit. Paul erlässt an die Seinen den Befehl, in der Gestalt der ersten Menschen vor dem Sündenfall den Herrn zu erwarten. Seine Worte finden wider-

spruchslos Glauben: Eltern, Kinder und die zur Gemeinde gehörigen Frauen Auguste A., Kr. und G. verstehen sich ohne den geringsten Versuch einer Kritik und Hemmung sofort dazu, sich vor einander zu entkleiden und vom Sonntag bis zum Donnerstag, ohne Nahrung zu sich zu nehmen, in unablässigen Andachtsübungen nackt zusammen zu bleiben. Die gesammte Familie befindet sich gleichsam in einer Art „Fascination“, einem Zustande des Geblendet- und Ueberwältigtseins; die imperative Gewalt der Suggestividee Pauls verhindert das Zuströmen weiterer Gedanken und lässt Gegenvorstellungen der Vernunft und Scham überhaupt nicht zur Bildung gelangen: „Wir konnten nicht anders, es war Alles so von Gott.“ Martha K., darüber befragt, ob sie sich denn ihrer Nacktheit vor den Männern nicht geschämt habe, erwiderte:

„Ich habe mich nicht geschämt, weil es von Gott geboten war, sonst hätte ich mich geschämt, dass ich hätte sterben mögen!“ —

Der mit so gewaltiger werbender Kraft erfolgende Uebergang der Ideen Pauls auf seine Umgebung ist gewissermassen der Art und Weise gleichzusetzen, wie eine Saite ihre Schwingungen auf eine benachbarte überträgt, oder wie eine heisse Eisenstange, wenn man sie gegen eine kältere hält, dieser ihre eigenen Molekularbewegungen mittheilt. Damit ein Gehirn, sagt *Max Nordau*, die Molekularbewegungen eines anderen annehme, also dessen Vorstellungen, Emotionen und Willensimpulse wiederhole, darf es nicht der Schauplatz eigener Molekularbewegungen von anderer Form und ebenso grosser oder grösserer Stärke sein, d. h. es darf nicht selbst kräftige Gedankenarbeit liefern, wie ja auch eine schwingende Saite nur eine ruhende oder schwächer bewegte, jedoch weder eine stärkere, noch eine anders schwingende Saite zum Hervorbringen ihres eigenen Tones anregen kann. In diesem Sinne liegen bei den K.s die denkbar günstigsten Verhältnisse für Pauls suggestiven Einfluss vor. Ihre einfach organisirten Gehirne sind, wie eingangs aus ihrer eigenthümlichen Lebens- und Geistesrichtung näher entwickelt, sämmtlich auf den Ton der religiösen Selbstüberschätzung gestimmt. So hat denn der in dieser Richtung erfolgende ekstatische Anstoss Pauls eine der Form und Stärke der Anregung entsprechende Reaktion von fast physikalischer Gesetzmässigkeit zur Folge.

Der weitgereiste, welterfahrene, erst seit Kurzem wieder unter den Seinen lebende Franz K. erscheint von Pauls Ideen am wenigsten

berührt; bei ihm ist die Kraft der Gegenvorstellungen bereits am Montag Morgen eine so grosse, dass er sich der Einflusssphäre der Familie zu entziehen vermag. Auch Gottlob K. ist nicht ohne Weiteres von der göttlichen Inspiration seines Sohnes überzeugt, dessen Zurechnungsfähigkeit er vielmehr zunächst stark in Zweifel zieht; bei ihm fallen die letzten Hemmungen erst unter dem schreckhaften Eindruck der Scene des „Brechens". Dieser anfänglichen Zurückhaltung gegenüber bilden die weiblichen Mitglieder der Gemeinde, ihrem suggestibleren Naturell entsprechend, sofort Pauls blindlings ergebene Gefolgschaft. Martha K. bedarf für ihre Person irgend eines sinnlichen Wunderzeichens nicht mehr; ihr wie Auguste A. genügt es, dass Paul zur Klasse der „Bekehrten" gehört, denen sie von vornherein Alles zutraut. Während sich der Antheil der A. an den Dattener Vorgängen vielleicht am treffendsten mit einem von ihr selbst gebrauchten vulgären Ausdruck charakterisiren lässt, „sie sei nur so mitgelaufen", sehen wir Martha K. nicht allein in passiver Adhäsion an die Ideen ihres Vorbildes, sondern in Consequenz ihres lebhaften religiösen Empfindens an den einzelnen Hauptparoxysmen der Ekstase auch hervorragend aktiv betheiligt. In seiner verbeerendsten Gestalt tritt uns der suggestive Einfluss Pauls in der Infection der Mutter und der Frau K. entgegen; hier haben sich offenbar die gewaltige geistige Erregung und die körperliche Erschöpfung die Hand gereicht und in unheilvollem Zusammenwirken, gleichsam in einem circulus vitiosus, die Katastrophe herbeigeführt. Inwieweit diese Annahme hinsichtlich Frau K.s berechtigt ist, steht dahin, da nach dem vorliegenden Material nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann, ob und in welchem Grade die einzelnen Familienmitglieder ein Verschulden an dem Tode der Mutter trifft. Die anfänglichen Aeusserungen und das Verhalten Pauls und Marthas machen es allerdings wahrscheinlich, dass sie ähnlich wie ihr Sohn Franz dem gutgemeinten Eifer des Exorcismus zum Opfer gefallen ist. Andrerseits erscheint es aber auch nicht ausgeschlossen, dass der Tod der schwächlichen Frau K. vielleicht in derselben Weise wie bei Frau Kr. ohne Zuthun der Angehörigen spontan in Folge eines Collapsdeliriums eingetreten ist und sich die beiden Geschwister in ihrer ekstatischen Verzücktheit selbst über das Mass ihrer Antheilnahme am Ende der Mutter getäuscht haben. Hierfür spricht, dass die bei der Obduction der Leiche

der Frau K. festgestellten inneren und äusseren Verletzungen als sofort tödtliche nicht anzusehen sind und Gewaltthätigkeiten, wie solche die obducirenden Aerzte in Gestalt von Erstickungsversuchen angenommen haben, von den gesammten Familienmitgliedern im Zustande der Besonnenheit und geistigen Klarheit einstimmig in Abrede gestellt werden. Vergleicht man die Sectionsprotokolle K. und Kr. auf die Gehirnbefunde hin, so zeigt das Gehirn in beiden Fällen eine complete Injection der Meningen, der Corticalis, der Marksubstanz, der Ganglien und der venösen Blutleiter, eine Stauungshyperämie, die man gewissermassen als eine Gehirnerstickung auffassen kann; hierzu gesellt sich bei Frau Kr. im Besonderen eine umfangreiche Blutung aus den Meningealgefässen. Wahrscheinlich hat danach sowohl bei Frau K. wie bei Frau Kr. die kolossale Blutüberfüllung des Gehirns in seinen sämmtlichen Theilen eine Zerstörung des körperlichen Trägers der Seelenfunctionen und durch Druck auf die lebenswichtigen Ganglien eine Lähmung der Centren der Athmungs- und Herzthätigkeit und damit den Exitus herbeigeführt. — — —

Kraepelin schränkt neuerdings den Begriff der Paranoia auf eine Gruppe von Fällen ein, bei denen sich von Anfang an klar erkennbar ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und Ordnung des Gedankenganges herausbildet; für ihn giebt es infolgedessen nur eine chronische Form der Paranoia, deren Beginn sich fast ausnahmslos nicht weiter als bis zur zweiten Hälfte des dritten Lebensjahrzehnts zurückverfolgen lässt.

Uebertragen wir diese Sätze auf den vorliegenden Fall, so dürften zunächst die beiden letzten Anforderungen *Kraepelins* ohne Weiteres auf Paul K. zur Anwendung kommen können. Paul K. steht in der Mitte der Zwanziger und das in seinem ersten Effect als so acut imponirende Einsetzen seiner Wahnidee der Gleichheit mit Johannes erweist sich bei näherer Betrachtung als das Endproduct der langen chronischen, ihm selbst unbewussten Associationsthätigkeit seiner viele Jahre genährten Selbstüberschätzung, mit dem nur seinem eigenartigen, verschrobenen Charakter gleichsam ein bestimmtes Schlusssiegel aufgeprägt wird.

Was nun im Weiteren die grundsätzliche Unheilbarkeit und das dauernde Fortbestehen der Wahnbildungen anlangt, wie solche bei Paul K. in der Vorstellung seiner Johannisnatur und ihrem weiteren Ausbau doch jedenfalls unzweifelhaft vorliegen, so können wir, genau genommen, auf dem Wege einer zeitlichen Betrachtung zu diesem Punkte überhaupt noch keine definitive Stellung nehmen, da die Beobachtungsfrist Pauls — ungefähr fünf Monate — zur Abgabe eines sicheren Urtheils über die eventuelle Chronicität seiner Wahnbildungen eine viel zu kurze ist. Dagegen dürfte vielleicht eine kritische Analyse dieser selbst einen Aufschluss über die ihnen zu Grunde liegende geistige Störung ermöglichen, d. h. es wäre zunächst die Frage zu beantworten, ob denn Pauls Folgerungen aus seiner Johannisidee überhaupt als ein Wahnsystem im Sinne *Kraepelins* angesprochen werden können. Diese Frage ist in doppelter Hinsicht zu verneinen. Der Complex der Wahnbildungen Pauls bedeutet in Rücksicht auf seinen sonstigen Denkinhalt nichts eigentlich Neues; er stellt vielmehr nur den alten Bestand seiner religiösen Ueberzeugungen dar, die lediglich durch eine Reihe weiterer mit der Johannisidee in Sinn und Ableitung conformer Vorstellungen persönlich verschärft sind. Dass man hieraus im ersten Augenblick den Eindruck eines Wahnsystems empfängt, liegt nicht erst in dieser Modification Pauls, sondern bereits in der Natur unseres religiösen Cultes überhaupt begründet. Unser gesammtes christliches Dogmengebäude erscheint bei vorurtheilsloser Betrachtung nicht anderes als eine wahnhafte Glaubensdichtung, die aus der ganz zweifellos wahnhaften Grössenidee der anthropocentrischen Stellung des Menschen, sich als den vorbedachten Mittelpunkt und Endzweck alles Erdenlebens und in weiterer Fassung der ganzen Welt zu betrachten, ihren Ursprung genommen hat. Dass das aus dieser Selbstvergötterung der Person des Menschen allmählich herausgewachsene Conglomerat irrthümlicher Vorstellungen nicht mehr ohne Weiteres in seiner wahnhaften Bedeutung empfunden wird, liegt einerseits in dem gewaltigen, das Urtheil beeinträchtigenden Einfluss unserer religiösen Erziehung, die diese Vorstellungen als die ersten und darum am mächtigsten und nachhaltigsten wirkenden in die einer Kritik noch unfähige Kindesseele einsenkt, andrerseits darin, dass ja auch die widersinnigsten Dinge im Laufe der Zeit durch häufige Wieder-

holung die Signatur der Unwahrscheinlichkeit allmählich einbüssen. Die K.'sche Gemeinde hat die Theorien des christlichen Glaubenssystems in consequentem Ausdenken bis auf die Spitze getrieben, sodass sie uns jetzt im Bilde Pauls in voller Schärfe reflectirt geradezu als Ausgeburt eines Geisteskranken anmuthen, während sie sich in Wirklichkeit von den Grundanschauungen der streng-orthodoxen Richtung der christlichen Kirche nur sehr wenig entfernt haben. Uns wenigstens scheint, um nur ein Beispiel herauszuheben, die Hoffnung Pauls und seiner Angehörigen, von Christus persönlich in den Himmel entrückt zu werden, an sich nicht wahnhafter und absurder, als das allgemein anerkannte und vom Apostel Paulus ausdrücklich als Grundstein der ganzen christlichen Lehre bezeichnete Dogma der Auferstehung und Himmelfahrt Christi, oder in allgemeinerer Fassung als der Glaube an ein Wunder überhaupt, d. h. an die Möglichkeit einer Durchbrechung der Naturgesetze, der ja noch immer von der officiellen Kirche als ein wesentlicher Factor der loyalen Gläubigkeit gefordert wird. Die Wahnbildungen Pauls entbehren somit durchaus einer originellen Erfindung und Verarbeitung, können vielmehr nur als eine etwas modificirte Doublette seines alten religiösen Glaubensgebäudes angesehen werden. In zweiter Linie ermangeln sie aber auch eines weiteren sehr wesentlichen Factors, der sie erst zu einem ausgesprochen paranoischen Wahnsystem stempeln würde, nämlich einer von ihnen ausgehenden wahnhaften Auslegung und Beziehungsverfälschung wirklichen der Erfahrungen ihres Trägers. Paul K. hält im Gegentheil seinen religiösen Bewusstseinsinhalt von seinem sonstigen Gedankenleben streng getrennt. Die „Verrückung" des Standpunktes bezieht sich gewissermassen nur auf den himmlischen Paul-Johannes, während der irdische Bauernsohn Paul K. gegenüber den Personen seiner Umgebung und den Ereignissen des Tages eine durchaus normale und vernünftige Stellung einnimmt. Paul hat für diese beiden Erscheinungsformen seines Wesens gleichsam eine getrennte Buchführung, ohne jedoch mit ihnen unter einander abzurechnen, ähnlich wie bei einem strenggläubigen Gelehrten die Vereinigung widerstreitender Anschauungen z. B. der Mosaischen Schöpfungsgeschichte und der Darwin'schen Entwicklungshypothese zu denken ist, die dadurch ermöglicht wird, dass die Ueberzeugung der Wahrheit aus

verschiedenen Quellen, Gefühl und Intellect, ihren Ursprung nimmt.

Während wir uns hiernach berechtigt glauben, die Diagnose einer reinen Paranoia in der *Kraepelin*'schen Auffassung zurückzustellen, scheint sich uns ein Verständniss des Geisteszustandes Pauls dadurch zu eröffnen, dass wir mit der Aufgabe eines eigentlichen Wahnsystems allein seine Vorstellung der Gleichheit mit Johannes als isolirtes Phänomen zu deuten versuchen. Diese unbestreitbare Wahnidee reiht sich unseres Erachtens zwanglos den sogenannten überwerthigen Ideen an, die nach *Wernicke* dadurch zu Stande kommen, dass ein durch ein affectvolles Erlebniss krankhaft veränderter Vorstellungsinhalt zum dauernden Bestandtheil des Erfahrungsschatzes wird. In Folge dieser Assimilirung auf dem Wege der Erfahrung empfinden sie die Individuen nicht als fremde Eindringlinge in das Bewusstsein, sie erblicken in ihnen vielmehr den Ausdruck ihres eigenen Wesens und führen in dem Kampfe für sie recht eigentlich einen Kampf für ihre eigene Persönlichkeit. Die affectbetonte Verfälschung der Erfahrung geschieht bei Paul K. durch die Offenbarung am Donnerstag Morgen, bei der sich anscheinend die physischen Erscheinungen der durch seinen Herzfehler bedingten Angina pectoris in psychische umsetzen. Die religiösen Beziehungen, die bei Paul K. bereits seit Langem jede Vorstellung gewissermassen schon in statu nascendi umwuchern, legen hier offenbar sogleich das Moment des Uebersinnlichen in das Erlebniss der körperlichen Sensationen, d. h. Paul glaubt in Folge dieser Vermischung der Wahrnehmung und der hinzugedachten supranaturalistischen Ursache diese letztere selbst mitzuerleben, wie ja eine Wahnidee überhaupt ausdrückt, in welcher Weise ein Individuum die Dinge und Ereignisse missversteht und welche fälschliche Bedeutung es ihnen zuschreibt. Die Vorstellung der Johannisgleichheit gliedert sich dem alten Bewusstseinsinhalt Pauls um so leichter an, weil dieser einestheils durch die langjährige Exaltation des Selbstgefühls gleichsam associativ vorgebildet ist, anderntheils weil sie dem machtvollen Affectboden der lebendigen religiösen Ueberzeugung entspringt und alles, was die kritischen Fähigkeiten des Gehirns, die Urtheilskraft, schwächt, die Gläubigkeit verstärkt. Die aus den unerforschten Tiefen des Gefühls herausgeborene Wahnidee musste mit um so

zwingenderer Gewalt auftreten, als die angeborene geistige Schwäche und die eigenthümliche Richtung der Erziehung Paul K. gerade auf religiösem Gebiete völlig kritiklos und zur Bildung von Gegenvorstellungen unfähig erscheinen lassen. Im Feuer der Ekstase findet dann gleichsam eine Erhärtung des psychologischen Mechanismus der wahnhaften Vorstellung statt; sie wird dadurch zur verbindenden Einheit in Pauls gesammtem religiösen Denken und verwächst allmählich mit seinem Ich so vollständig, dass er ihre Nichtrealität nur im Widerspruch mit seinem ganzen sonstigen Sein zu denken vermag.

Recapituliren wir zum Schlusse noch einmal in kurzen Umrissen die rein psychiatrische Auffassung des vorliegenden Falls, so handelt es sich unseres Erachtens bei Paul K. um einen Fall von originärem Schwachsinn leichteren Grades, in dem eine aus der überhitzten Phantasie erzeugte Vorstellung von religiösem Ueberwerthe sich zu einer ausgesprochenen Wahnidee auswächst und in ihren Ausläufern alsdann einen bestimmten Kreis des Seelenlebens krankhaft beeinflusst. Die pathologischen Züge im psychischen Bilde Pauls sind im Wesentlichen das Product seiner Lebensentwicklung und seiner religiösen Anschauungen; das krankhafte Hauptmoment liegt nicht auf der activen Seite in der Erzeugung von Wahnbildungen; diese entstehen vielmehr passiv aus der Unfähigkeit des mangelhaft organisirten Gehirns, sich mit seinem geringwerthigen Denk- und Urtheilsvermögen gegenüber dem Ansturm der mystischen religiösen Vorstellungen zu behaupten. Wir halten die Betonung dieses Punktes aus Rücksichten der Prognose für wesentlich, da wir nicht die Ueberzeugung zu gewinnen vermocht haben, dass Pauls Wahnbildungen auf jener irreparablen Störung des Centralnervensystems beruhen, die, wenn wir sie auch als materielle Grundlage der Paranoia noch nicht kennen, doch für sie anzunehmen gezwungen sind. Im Lichte dieser Auffassung tritt Paul wieder ganz in den Kreis der Seinen zurück. Er erscheint unter diesem Gesichtswinkel nicht mehr in der Rolle des Führers; in seiner geistigen Schwäche hat vielmehr der Ueberdruck der langjährigen religiösen Exaltation gleichsam nur die Stelle des geringsten Widerstandes zum Durchbruch der allgemeinen explosiven Erregung benutzt.

Bei den weiteren Familienmitgliedern ist das psychiatrische

Interesse mit dem eigentlichen ekstatischen Zustande vollständig erschöpft. Sie entsprechen im Uebrigen an Begabung und Bildung durchaus dem allgemeinen Typus der Individuen des Bauernstandes in hiesiger Gegend; krankhafte geistige Züge konnten in ihrem stationären Bilde nicht festgestellt werden. Wir haben daher keinen Anstand genommen, sie nach dreimonatlicher getrennter Internirung mit Genehmigung der zuständigen Staatsanwaltschaft und Ortspolizeibehörde wieder zu entlassen, während Paul K. noch bis auf Weiteres in der hiesigen Anstalt verblieben ist.

Zur Kenntniss der polyneuritischen Psychose.

Von

Dr. **F. Chotzen**-Breslau, städtische Irrenanstalt.

II.

In den ersten beiden unserer im vorigen Abschnitt mitgetheilten Krankengeschichten wurden motorische Herdsymptome, Facialisparese, Zungenabweichung und Sprachstörung beschrieben, auf die des Näheren bisher nicht eingegangen worden ist. Sie bedürfen einer besonderen Besprechung, weil sie für die Beziehungen der vorliegenden Krankheit zur sogenannten Alkoholparalyse resp. für ihre Unterscheidung von der progressiven Paralyse von besonderer Bedeutung sind. Schon *Korsakow*[1]) hob die Aehnlichkeit des chronischen Stadiums der polyneuritischen Psychose mit Herderkrankungen des Gehirns und speciell mit der Paralyse hervor. Die Aehnlichkeit mit ihr wird durch jene Symptome von seiten der Kopfnerven bedingt, deren Vorkommen beim chronischen Alkoholismus seit Langem bekannt ist, und die eben zur Aufstellung einer sogenannten Alkoholparalyse Anlass gegeben haben. Die in diesen Fällen vorhandene Tabes wird wohl als neuritischen Ursprungs kaum angezweifelt werden, dagegen scheint es nicht allgemein anerkannt zu sein, dass es sich bei diesen Bildern überhaupt um polyneuritische Erkrankungen handelt. *Tiling*[2]) ist dieser Meinung; doch giebt er als differentialdiagnostische Kenn-

---

[1]) Archiv f. Psychiatrie Bd. XXI.

[2]) *Tiling*, Ueber alkoholische Paralyse und infectiöse Neuritis multiplex. Halle, Marhold.

zeichen der Polyneuritis gegenüber der progressiven Paralyse an: das Fehlen der Sprachstörung und des Tremors der Zungen- und Gesichtsmusculatur, sowie die erhaltene Reaction der Pupillen, während es doch bei den Schilderungen der Alkoholparalyse gerade auf Krankheitsbilder mit diesen Kopfnerven- und Pupillensymptomen ankommt. Wohl ist ihm zuzugeben, dass die Neuritis eine aufsteigende ist und gewöhnlich die Kopfnerven nicht ergreift, (mit Ausnahme des nerv. opticus, der vorzugsweise neuritisch erkrankt) doch handelt es sich bei diesen auch nicht um neuritische, überhaupt nicht um periphere, sondern um centrale Erkrankungen, die in den späteren Phasen des chronischen Alkoholismus auftreten. Ob sie nun corticalen Ursprungs sind, gleich den paralytischen, wie *Wernicke*[1]) für die das Delirium tremens und die von ihm geschilderte alkoholische Pseudo-Paralyse begleitenden ausführt, oder distaleren, wie *Bonhöffer*[2]) bei seinen Fällen von Sprachstörung bei polyneuritischer Psychose annimmt, jedenfalls sehen sie im klinischen Bilde den entsprechenden Erscheinungen bei der progressiven Paralyse in ihren verschiedenen Formen zum Verwechseln ähnlich. Wenn sie nun schon von vornherein auch bei den polyneuritischen als auf chronischem Alkoholismus beruhenden Erkrankungen zu erwarten sind, so lässt sich sogar sagen, dass gerade bei der *Korsakow*'schen Psychose der alkoholparalytische Symptomencomplex seine eigentlichen Entstehungsbedingungen hat. Erstens haben wir hier die neuritische Tabes und zweitens wissen wir, dass die in Frage kommenden motorischen Erscheinungen im Faciolingualgebiet so gewöhnliche Begleiter des Delirium tremens sind, dass man sie als zu ihm gehörig bezeichnen kann und auch bei der polyneuritischen Psychose handelt es sich doch um Delirien der gleichen Art in acuter oder chronischer Form. Wir werden demnach keineswegs überrascht sein, denselben Symptomencomplex hier wiederzufinden, indessen er begleitet nicht nur das delirante Stadium, sondern überdauert es und kommt in den chronischen, wenn auch nicht voll ausgeprägt, doch auch gewissermassen in einer chronischen Form vor, und in diesen Krankheitsbildern werden wir den eigentlichen

---

[1]) *Wernicke*, Grundriss der Psychiatrie. 1900.

[2]) l. c.

Typus der Alkoholparalyse wiederfinden. *Wernicke* beschreibt zwar unter dem Namen der „alkoholischen Pseudoparalyse“ denselben pseudo-taboparalytischen Complex in Verbindung mit einer mehr der Hallucinosis ähnlichen Psychose, doch ist sein Zusammentreffen bei einer andern Form der Alkoholpsychosen sicher sehr viel seltener, als bei der *Korsakow*'schen, da einmal, wie schon gesagt, die Herderscheinungen eine besondere Verwandtschaft mit dem delirant-amnestischen Complex zu haben scheinen, wie eben das häufige Vorkommen beim Delir. tremens beweist, und da sich andererseits wieder zur Polyneuritis, der die spinalen Symptome angehören, nur selten eine andere Psychose als das acute oder chronische Delir. beigesellt, wenn ihr Verhältniss auch nicht so ausschliesslich ist, wie *Korsakow* annahm. Endlich liegt auch bei keiner andern Psychose die Verwechslung mit der Paralyse so nahe, als sie bei dem chron. Stadium der polyneuritischen Psychose, in Folge der Gedächtnissstörung und der geringen Deutlichkeit der übrigen Symptome mit der dementen Form der progressiven Paralyse gegeben ist.

Aus den ausgesprochenen Gründen schon ist anzunehmen, dass das Vorkommen der Herdsymptome bei der *Korsakow*'schen Psychose keine Seltenheit ist, was durch eine Durchsicht unseres Materials bestätigt wird, die sich auf die Betheiligung der Kopfnerven überhaupt bezieht und auch das Verhalten der Pupillen, da es sich ja immer um die Aehnlichkeit mit der Paralyse handelt, in Betracht zieht.

Unter 38 Fällen von polyneuritischer Psychose, die in den 3 Jahren 1899—1901 aufgenommen wurden, waren nur 4 Fälle frei von jeglicher Betheiligung der Kopfnerven und Pupillen, und 2 zeigten nur Erscheinungen von seiten letzterer, einmal Lichtstarre, einmal träge Reaction. Die motorischen Störungen im Faciolingualgebiet fanden sich dagegen 30mal und nur 1mal war es Facialisparese allein. Wenn letztere auch an sich bedeutungslos ist, so erhält sie doch durch begleitende Pupillensymptome mehr Gewicht, aber auch neben dieser war sie einziges Symptom nur 2mal, ebenso oft auch neben Augenmuskelstörungen; dagegen im Verein mit dem gesammten Complex seitens der mimischen Musculatur und Zunge fand sie sich 17mal, darunter 12mal mit Sprachstörung, 8mal mit Pupillensymptomen. Derselbe Complex

ohne Facialisparese trat 6mal, 2mal mit Betheiligung der Pupillen auf. Die gerade für die Diagnose interessirende Vereinigung der tabischen Symptome, fehlende Patellarreflexe, lichtstarre oder träge reagirende Pupillen, mit Facialisparese und Sprachstörung begleitete 10 Fälle (26,3 pCt.). Von anderen Kopfnervensymptomen seien noch die für die Erkrankung charakteristischen erwähnt, die des Nervus opticus, die in 14 Fällen (36,84 pCt.) beobachtet wurden und Augenmuskelstörungen in 6 Fällen (15,78 pCt.).

Einer besonderen Besprechung bedürfen die Veränderungen der Pupillenreaction, weil ihr Vorkommen bei der Polyneuritis noch nicht genügend gewürdigt ist und sie oft noch als ausschlaggebend gegen alkoholische Tabes angesehen werden. In einer jüngst erschienenen Dissertation stellt *Kramer*[1]) die Befunde zusammen, die bisher an Alkoholisten gemacht wurden. Speciell für die Polyneuritis fand er in der Literatur 10 Fälle von Reactionsstörungen und fügte ihnen 2 eigene Beobachtungen hinzu, in denen die anfängliche Pupillenstarre wieder verschwand. Dazu kämen noch 6 Fälle *Mönkemöller*'s[2]), die *Kramer* nicht mit aufführte: 2mal träge Reaction, 3mal Lichtstarre, 1mal Pupillenreaction minimal, wenn vorhanden.

Wir verzeichneten 13mal Störungen der Pupillenreaction: 8mal minimale oder träge Reaction, 2mal einseitige und 3mal doppelseitige Pupillenstarre. Wiederholt stellte sich auch in unsern Fällen die anfangs beeinträchtigte Reaction nach einiger Zeit wieder her, wofür ein besonders schönes Beispiel noch folgt. Von den Fällen mit Pupillenstarre war bei einem sicher Lues voraufgegangen. Er betraf eine Potatrix strenua, mit charakteristischer Psychose, Tabes und sehr schwerer allgemeiner Neuritis mit hochgradigen Muskeldegenerationen, woran sie nach einigen Tagen starb. In den beiden andern Fällen war für Lues kein Anhaltspunkt. Die neuritischen Veränderungen waren in dem einen auch sehr hochgradig (mit Tabes), in dem andern geringer. Die Psychose verlief beidemale unter dem Bilde eines chronischen Delirs

---

[1]) *Kramer*, Rückenmarksveränderungen bei Polyneuritis. Inauguraldissertation. Breslau 1902.

[2] *Mönkemöller*, Casuistischer Beitrag zur sogenannten polyneuritischen Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. LIV.

mit amnestischem Symptomencomplex und führte in wenig Wochen resp. Monaten zum Tode.

Die besprochenen Herdsymptome bieten nun, solange sie den Charakter der gleichen Störung beim Delir. tremens tragen, wie verständlich, für die Diagnose keine Schwierigkeiten. Aber auch ausserhalb der deliranten Phase kommen sie, wenn auch ohne den Tremor der mimischen Musculatur und der Zunge und ohne Paraphasien, so doch als Facialisparese, Zungenabweichung und Sprachstörung, einzeln oder gemeinsam vor und besonders die letztere ist sehr hartnäckig. 13 mal sahen wir die verschiedenen Combinationen in einer chron. Phase der Psychose, 5 mal davon, ohne dass ein delirantes Stadium vorangegangen war. Durch diese Dauerhaftigkeit gewinnen sie natürlich an Bedeutung. Schon nach Ablauf eines Delir. tremens ist man oft vor die Annahme einer progressiven Paralyse gestellt, wenn die Herdsymptome andauern, wie in unserm 4. Fall K. Hier war, obwohl die Psyche ganz intact erschien, bei seiner ersten Entlassung eben wegen der Herdsymptome der Verdacht der progr. Paralyse ausgesprochen worden. Bei der nachfolgenden polyneuritischen Erkrankung waren die cerebralen Symptome eigenthümlicherweise geschwunden und nur die spinalen (Pupillen) waren noch vorhanden und verstärkt (fehlende Patellarreflexe). Bei vorhandener Psychose liegt nun diese Verwechselung noch näher, wenn nicht sie selbst oder die neuritischen Erscheinungen sehr ausgeprägt sind. Ist dies aber nicht der Fall, oder bestehen sie nur in der Form der Tabes, sind nur matte und kurzdauernde Delirien dabei, und bleibt die ungefähre örtliche Orientirung erhalten, so ist die Unterscheidung von der dementen Form der Paralyse, besonders wenn man an die gar nicht seltene Complication derselben mit Alkoholismus denkt, aus dem Augenblicksbilde kaum zu gewinnen. In derselben Lage ist man wieder, wenn man erst das Spätstadium der *Korsakow*'schen Psychose zur Beobachtung bekommt, wenn der amnestische Complex die oben gekennzeichnete Rückbildung erfahren hat und mit ihr auch die neuritischen Störungen; hier ist die Aehnlichkeit beim Fehlen aller deliranten Erscheinungen noch grösser. In beiden Fällen ist es aber besonders die Sprachstörung, welche die Erkennung erschwert, was gegenüber *Tiling* und *Mönkemöller*, die beide das Fehlen jeder articulatorischen

Sprachstörung als charakteristisch für die polyneuritische Psychose anführen, betont werden muss. Auch nach *Bonhöffer*[1]) entscheidet „starke Sprachstörung" für Paralyse. Doch führt er selbst 3 Fälle an, in welchen mit Einsetzen der Psychose eine lallende, verwaschene, stark stolpernde Sprache auftrat, die durch mehrere Wochen anhielt. In unsern ersten beiden Krankengeschichten[2]) haben wir ähnliche Sprachstörungen mitgetheilt und in den oben erwähnten 13 Fällen chronischer polyneuritischer Psychose mit Herdsymptomen haben wir 8mal Sprachstörung andauern sehen. Zumeist nur stockende verwaschene Sprache, aber 4mal auch Silbenstolpern, die durch Wochen und Monate anhielten, nachdem sie z. Th. aus dem bekannten Symptomenbilde beim Delir. trem. zurückgeblieben waren. Das aber sollte hier festgestellt werden, das auch in dem chronischen Stadium der polyneuritischen Psychose (wenn keine länger dauernde Abstinenz vorangegangen ist!) eine Sprachstörung vorkommen kann, wie im chron. Verlauf der progressiven Paralyse.

Die nachfolgende Beobachtung, die das illustriren soll, ist gerade deshalb zur Mittheilung ausersehen, weil sie zugleich, wie unsere erste Krankengeschichte R.[2]) ein Beleg dafür ist, dass eben durch die gekennzeichneten Herdsymptome die Diagnose irregeleitet werden kann. Hier war nämlich, da eine Anamnese von vornherein fehlte, aus dem augenblicklichen Befunde in der That die Diagnose progr. Paralyse gestellt und die begleitenden neuritischen Symptome als Complication aufgefasst worden. Darum war es wohl übersehen worden, den durch letztere gegebenen Hinweis zu verfolgen; wäre die nachträglich erhobene Anamnese anfangs bekannt gewesen, so hätte eine Verwechslung nicht stattfinden können. Man sieht also hier gerade, dass die Diagnose nicht aus dem Augenblicksbild in solchen Fällen gestellt werden kann, sondern mit Berücksichtigung von Anamnese und Verlauf. Er möge in der chronologischen Anordnung mitgetheilt werden, in der er bekannt wurde; d. h. unter Nachstellung der Anamnese.

5. Ernst N., Arbeiter, 46 Jahr, aufgenommen 3. November 1900. Von der Anamnese wird nur bekannt, dass er seit einigen Jahren gereizt und heftig sei, häufige Wuthanfälle habe, in denen er Frau und Kinder miss-

[1]) l. c.

[2]) s. Abschnitt I.

handle. Litt viel an rheumatischen Beschwerden, seit 3 Jahren deshalb arbeitslos. Wurde immer hilfloser, nachdem er seit 2 Jahren auch an den Beinen litt. Seitdem auch kopfschwach geworden, sehr vergesslich. Trank viel Schnaps. Heut wieder heftiger Erregungszustand, in welchem er aus dem Fenster springen wollte, sich an die Erde warf, das Hemd vom Leibe riss etc. Deshalb hierher gebracht.

Mittelgrosser Mann in schlechtem Ernährungszustand, schlecht entwickelte Muskulatur; Pupillen reagiren träge; keine Augenmuskelstörung; Tremor der Zunge und Hände; Patellarreflexe fehlen; Kniegelenkstonus herabgesetzt; Romberg'sches Phänomen; Ataxie beim Kniehackenversuch; taumelt beim Marschiren und plötzlichen Kehrtmachen, langsam geht er sicher. Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die linke Glutäalgegend, auf Ischiadicus und Muskulatur. Klagt über ziehende Schmerzen längs des linken Oberschenkels nach dem Knie. Sensibilitätsprüfung unsicher. L.H.O. über den Lungen rauhes Athemgeräusch, zuweilen etwas Rasseln, sonst innere Organe frei. Keine Temperatursteigerung.

Glaubt im Allerheiligenhospital (hiesiges städtisches Krankenhaus) zu sein, als Datum giebt er an: 29. August 1900. Sei wegen seines Rheumatismus hier; die Frau wolle ihn los sein, weil er zu Hause immer nach dem Rechten sehe und weil er nun überflüssig sei, nachdem er nicht mehr gut fortkönne. Leugnet getrunken zu haben, weiss nicht, dass er habe zum Fenster hinausspringen wollen, giebt aber zu, „Krach" gemacht zu haben. Seine Personalien giebt er im Allgemeinen richtig an, doch kann er gar keine Jahreszahlen, selbst für bedeutende Ereignisse seines Lebens, nennen, z. B. weiss er nicht das Jahr seiner Verheirathung.

Liegt hier ruhig und unthätig zu Bett. Isst und schläft gut.

4. November. Weiss nicht mehr, wann er hergekommen ist. Glaubt im Allerheiligenhospital oder im Wenzel Hanke'schen (einem andern städtischen) Krankenhaus zu sein.

5. November.

Wo hier?	Allerheiligenhospital.
Wann gekommen?	Heute erst.
Von selbst gekommen?	Sie haben mich hergefahren oder getragen.
Welcher Tag heute?	19. November.
Wann geboren?	1855.
Wie alt?	49 Jahre.
Wie lange in Breslau?	So seit 7 Jahren.
Seit welchem Jahr?	1882.
Welches Jahr jetzt?	Wohl 1892 (kurz vorher richtig angegeben).

Patient bleibt in seinem Verhalten die ersten Wochen ganz gleichmässig, unthätig, ruhig, aber geordnet. Weiss nicht, in welchem Krankenhause er ist, nennt bald das eine, bald das andere, darunter gelegentlich

auch das richtige. Zeitlich immer unorientirt, glaubt stets erst gestern oder vor 2 Tagen gekommen zu sein. Den Arzt giebt er an, zu kennen, er sei von ihm vor etwa 14 Tagen in der „Maxklinik" (die hiesigen klinischen Institute) behandelt worden. Als Ursache seiner Einlieferung erzählt er nun folgende confabulirte Geschichte: sein Sohn sei aus der Lehre gelaufen und als er ihn deswegen züchtigen wollte, sei die Frau über ihn hergefallen und habe ihn für verrückt erklärt.

Patient entbehrt der allereinfachsten Kenntnisse: weiss nicht den Namen des Kaisers, nicht wie viel Tage das Jahr oder die Monate haben und dergleichen, ebensowenig führt er die einfachsten Ueberlegungen aus. Warum ein Fluss fliesst? „Ja, wo soll das Wasser hin?" Was liegt tiefer, Mündung oder Quelle? „Quelle." Dagegen kann er einfache begriffliche Unterscheidungen ganz gut machen. Unterschied zwischen See — Teich, Fluss — Teich, Berg — Gebirge definirt er richtig. Rechnen mit einstelligen Zahlen geht gut, mit zweistelligen sind auch Additionen und Subtractionen meist falsch. Merkfähigkeit für Merkworte schlecht: Kalkutta nach 3 Min. vergessen und nicht mit Sicherheit wiedererkannt, Madrigal nach 1 Min. vergessen.

14. November. Pupillen reagiren träge. Patellarreflexe fehlen. Sehr ataktischer Gang; Romberg; Schmerzempfindung verlangsamt; der Schmerz, erst nicht erheblich, schwelle immer mehr an; stockende Sprache; zeitweise psychisch incontinent.

18. November. Im Grossen und Ganzen euphorischer Stimmung. Liegt ruhig zu Bett, drängt aber sehr auf Entlassung, er sei nicht krank, niemals verrückt gewesen. Schimpft in dementsprechender Weise auf die Frau und alle Weiber, die nur der Untergang für die Männer seien; werde sich wegen Freiheitsberaubung beschweren. Klagt ab und zu über bohrende Schmerzen in beiden Beinen.

19. November. Heut ein Anfall mit kurzdauernder Bewusstlosigkeit; wollte Abendbrot essen und fiel plötzlich um; keine Zuckungen. Fühlt sich sehr schwach.

5. December. Fortgesetzt zeitlich unorientirt; sei 8 Tage hier. Datum? Januar 1901. Klagt über Schmerzen in beiden Beinen, besonders links. Hält sich trotzdem für arbeitsfähig; schimpft ferner auf seine Frau und dass sich die Aerzte von einem so schändlichen Frauenzimmer betrügen lassen. Beständiges Fortdrängen.

Bleibt ganz gleichmässig.

28. December. Ruhig; uneinsichtig; wünscht seine Freiheit; sehr dement; zeitlich meist desorientirt. Pupillen reagiren; Tremor linguae et manuum; Gelenke schlaff; Patellarreflex fehlt. Geringe Ataxie und Romberg. Gang wenig ataktisch. Druck auf die Peronei schmerzhaft.

Soweit die Krankengeschichte. Bei der erheblichen Demenz, der ungefähren örtlichen Orientirung, den geringen Confabulationen und dem körperlichen Befund lag die Annahme der progressiven Paralyse ja nahe

indessen die schlechte Merkfähigkeit im Verein mit den neuritischen Störungen und der auffallenden zeitlichen Desorientirung hätte doch Vorsicht gebieten und dem damit gebotenen Wegweiser weiter nachgehen lassen müssen. Die uns erweckten Bedenken wurden durch eine Untersuchung am 2. Februar verstärkt, die aber nicht eingehend genug sein konnte, da der Kranke am selben Tage noch nach einem andern Krankenhause verlegt wurde. Wir fanden:

Oertliche Orientirung vorhanden, zeitliche nicht; Pupillen reagiren gut; kein Tremor der Zunge und Hände mehr; Muskulatur der Unterschenkel schlaff, atrophisch; fehlende Patellarreflexe; Sensibilität auf beiden Fussrücken abgeschwächt, unterscheidet spitz und stumpf nicht, Schmerzempfindung erhalten. Stocken beim spontanen Sprechen, weniger beim Nachsprechen auf Geheiss. Im übrigen der körperliche Befund, wie oben unter dem 28. December angegeben. Gute Aufmerksamkeit. Merkfähigkeit schlecht. 4538 nach 2 Min. vergessen, ebenso Sebastopol in derselben Zeit. Sieht des Referenten Uhr (eine schwarze). Nach 2 Min. danach gefragt? „Schwarz." Zifferblatt? „Dunkel." Nach einigen Fragen wieder: Wie die Uhr? „Weiss mit Gelb." Zifferblatt? „Weiss." Deckel? „Silbern." Ueber seine Jugendzeit gut orientirt. Namen seiner Lehrer und Dienstherren alle gut reproducirt bis in die letzte Zeit; auch die ersten Wirthe seiner hiesigen Wohnungen. Dagegen beim letzten Wirth, bei seinen Vorarbeitern in seiner letzten Arbeitsstelle, auch bei seinem letzten Dienstherrn stockt er, muss sich lange besinnen, bleibt auch unsicher. Die officiellen Persönlichkeiten Breslaus kennt er nicht.

Die nun schon, besonders auch mit Rücksicht auf die eingetretene Besserung sehr wahrscheinliche Diagnose polyneuritische Psychose wird durch nachstehende Ergänzung der Anamnese völlig bestätigt:

Von Heredität nichts bekannt; auch nicht von luetischer Infection. Von 7 Kindern sind 3 im Alter von 4—10 Monaten an Krämpfen gestorben, die lebenden sind gesund. Trinkt Schnaps, seit die Frau ihn kennt, für 1 Mk. täglich, zuletzt Spiritus. Klagte von jeher viel über den Magen, ass schlecht, hat oft brechen müssen. Seit 3 Jahren arbeitsunfähig, während er bis dahin fleissig gearbeitet hatte. Klagte viel über Reissen, konnte nicht gehen, hatte grosse Schmerzen beim Auftreten. War damals nur 5 Tage in der Klinik, eine geringe Besserung ging zu Hause wieder verloren, er trank immer weiter. Bis zum Jahre 1899 war er geistig normal. Im Herbst dieses Jahres erwachte er eines Morgens, nachdem er abends wieder stark getrunken hatte, ganz verwirrt. Er bedrohte die Angehörigen, wollte die Kinder erschlagen, beruhigte sich wieder, wurde aber nach jedem neuem Alkoholkonsum wieder erregt. Da es sich mit dem Gehen nicht besserte, wurde er ins Allerheiligenhospital gebracht, wo er vom 7. October 1899 bis 22. Februar 1900 blieb. Aus der Krankengeschichte (für deren Ueberlassung ich Herrn Professor Dr. Buchwald Dank schulde) sei erwähnt: Patient weiss weder Tag, noch Jahr, noch Monat, nicht ob Winter oder

Sommer ist; er vergisst sofort, wenn man ihm etwas sagt, kann nicht die einfachsten Rechenaufgaben lösen. Pupillen reagiren eine Spur auf Lichteinfall, etwas besser auf Convergenz, sind gleichweit. Abducentes beiderseits insufficient. Augenhintergrund normal, Sprache normal. Patellarreflexe erloschen; ausgeprägte Ataxie der unteren Extremitäten. Romberg stark positiv. Im Januar geht er wieder gut, „ist noch immer sehr vergesslich".

Zu Hause begann er wieder zu trinken, wurde danach immer erregt, ängstlich, glaubte geholt, eingesperrt zu werden. Misshandelte Frau und Kinder. Eifersuchtsideen gegen die Frau, sie treibe Unzucht mit ihrem Sohne, die Leute im Hause riefen es ihm nach. Hat nicht mehr arbeiten können. Gedächtnissschwach schon seit Langem, vergass er jetzt alles. Gab ihm die Frau einen Auftrag, so ging er einen Schritt und wusste schon nicht mehr, was er thun sollte, musste wieder fragen. Oft wenn er sich Schnaps hatte holen lassen, stellte er die Flasche irgendwo hin und wollte sofort die Frau wieder schicken, weil er vergessen hatte, dass die Flasche noch voll dastand. Holte er sich selbst Schnaps, so trank er ihn mitunter unterwegs aus und suchte, nach Hause gekommen, nach dem Gelde, weil er glaubte, er habe es verloren. Seine Erregungen wurden immer schlimmer, er drohte oft die Angehörigen zu erschlagen, nahm sich Messer und Axt mit ins Bett.

Niemals Krämpfe, nur über Schwindel und Uebelkeit klagte er öfters, was nach Schnapstrinken besser wurde. Auch Kopfschmerzen und Stechen im Kreuz. Keine Lähmungen, auch nicht vorübergehende. War nie unsauber. Nie Grössenideen geäussert. Klagt schon längere Zeit über schlechtes Sehen. Ass fast garnichts mehr.

Nachdem Patient am 16. April 1901 wieder in die Familie entlassen war, wurde am 30. Juni noch einmal Gelegenheit genommen, ihn genauer zu untersuchen. Ueber die Zwischenzeit berichtete die Frau, dass er es genau wie früher trieb; trank, was er bekam; wenn er keinen Schnaps hatte, Spiritus; vertrugs nichts mehr; wurde sofort erregt. Gegen die Frau Eifersuchtsideen, warf ihr vor, sie halte es mit andern Männern; ging, wenn jemand zu ihr kam, aus der Stube und horchte draussen an der Thür. Misshandelte sie selbst auch mit sexuellen Anforderungen. Gar kein Gedächtniss, vergisst alles, verliert seine Sachen, weil er nie weiss, wo er etwas hingelegt hat. Schläft nicht. Körperlich nicht abgenommen; nie unsauber gewesen, keine Krämpfe oder Ohnmachten. That gar nichts; was er anfing, machte er verkehrt. Lief mitunter fort und kam tagelang nicht nach Hause. Erzählte ihr eine Reihe confabulirter Geschichten: er habe im Krankenhause von einem sterbenden Nachbarn eine grosse Summe Geldes geerbt, habe sie unter einem Baume vergraben, aber nun den Ort vergessen. Sei eines Tages im Krankenhaus vom Oberpfleger und zwei Pflegern, die mit Revolvern bewaffnet waren, aufgehoben worden und sollte nach Kraschnitz fortgeführt werden (schlesische Idiotenanstalt). Am Bahnhof

habe er sich aber losgerissen, die Männer von sich gestossen, die Revolver abgefeuert und sei zurückgegangen, um der Inspection Vorstellungen über ihr Personal zu machen. Und noch mehr dergleichen.

Auf dem Wege hierher zur Untersuchung bedrohte er die Frau für den Fall, dass sie etwas Ungünstiges über ihn aussage. Solange die Frau allein mit Referent sprach, stand er an der Thür, horchte und suchte durch das Schlüsselloch zu sehen. Er selbst erkennt das Haus nicht wieder, es müsse wohl eine Klinik sein. Giebt als Datum den 29. Juni an. Sei hier zur Untersuchung, ob sein Befinden sich gebessert habe, zu welchem Zweck wisse er nicht. Den Arzt, der ihn das vorige Mal aufgenommen und längere Zeit behandelt hat, erkennt er nicht wieder. Antwortet erst unsicher: ein Doctor, dann genau wie bei seinem hiesigen Aufenthalt, er kenne ihn von früher, aus der „Maxklinik". Ueber seine Krankheit kann er nur oberflächliche Angaben machen, leide seit 3 Jahren an Reissen, sei deswegen damals in der „Maxklinik" gewesen. Weiss auch, dass er in der Irrenanstalt war, aber nicht, wann hingekommen und wie lange dagewesen. Dagegen weiss er, wohin er von da gekommen ist, erst in ein anderes Krankenhaus, dann ins Armenhaus, nur nicht wie lange er in den einzelnen Anstalten war. Kennt aber das Datum der Entlassung aus letzterem. Leide jetzt noch an Reissen, Schwäche in den Beinen, morgendlichem Schwindel und Vergesslichkeit, könne sich nichts merken. Dissimulirt seine Eifersuchtsideen. Nach seinem Verhältniss zur Frau befragt, zeigt er ein ganz richtiges Urtheil in seine Lage und Unzulänglichkeit; es sei natürlich, dass die Frau ärgerlich sei, da er nichts mehr verdiene; bei seiner Gebrechlichkeit und Vergesslichkeit könne er nur ganz leichte Arbeit machen und einen solchen Arbeiter nehme doch keiner an. Er könne gegen seine Leute nichts sagen, aber man wisse ja nicht, wie die über einen reden. Rückt mit seinen Eifersuchtsideen aber nicht heraus.

Patient kann, wie schon oben angegeben, seinen Lebensgang genau angeben, bis zur Zeit seiner Erkrankung. Er nennt alle seine Arbeitsstätten, die Namen der Arbeitgeber, Vorarbeiter, kennt die Lohnverhältnisse der verschiedenen Stellen, nennt die Namen seiner Wirthe etc. Für die letzten 2—3 Jahre aber besteht ein vollkommener Ausfall. Dass er einmal in der Maxklinik gewesen (vor 3 Jahren 5 Tage lang), das weiss er, dagegen weiss er gar nichts von seinem fünfmonatlichen Aufenthalt im Allerheiligenhospital, der nach Beginn seiner Krankheit fällt. Erst mit seinem Aufenthalt hier beginnen seine Erinnerungen wieder, aber ganz ungenau. Auch der Aufenthalt hier ist ihm nicht ganz sicher, er weiss nie sicher, ob er aus der Irrenanstalt, oder aus der „Maxklinik" nach dem andern Krankenhaus verlegt worden; weiss auch nicht zu sagen, wann er in der Irrenanstalt war. Merkfähigkeit: Aconcagua nach 5 Min. vergessen und nicht wiedererkannt. 3485 nach 3 Min. wiederholt. Die von der Uhr abgelesene Zeit nach 2 Min. nur ungefähr reproducirt.

Körperlicher Status: Keine Augenmuskelstörungen; Pupillen gleich

weit, ziehen sich bei Lichteinfall ganz träge zusammen. Ganz geringes Zurückbleiben des rechten Facialis. Tremor der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen und beim Zeigen der Zunge. Letztere zittert, weicht ein wenig nach rechts. Tremor der Hände. Patellarreflexe fehlen; Cremaster und Bauchhautreflex vorhanden; Romberg deutlich, geringe Ataxie der Beine; Gang unsicher stampfend. Muskulatur der Extremitäten schlaff reducirt; grobe Kraft der Fussstrecker herabgesetzt, rechts weniger als links. Schmerzempfindung an den Fussrücken bis in die Mitte der Unterschenkel ganz aufgehoben, auch leise Berührungen werden da nicht gefühlt. Darüber ist die Schmerzempfindung vorhanden, aber verlangsamt, Berührungsempfindung besser. Am Oberschenkel ist an der Aussenseite Schmerz- und Berührungsempfindung etwas herabgesetzt, an der Innenseite erhalten. Temperaturempfindung auf den Fussrücken aufgehoben. Wadenmuskulatur auf Druck schmerzhaft. Grosse Druckschmerzhaftigkeit aller peripheren Nervenstämme. Sehnervenpapille leicht geröthet, Grenzen verwaschen. Sprache stockend, verwaschen, mitunter Silbenstolpern. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Am 5. Juli wurde er wieder in die Anstalt aufgenommen. Er erkennt sie nicht wieder, weiss, dass er in der Irrenanstalt ist, leugnet aber hier schon gewesen zu sein. Macht wieder immerfort wechselnde Zeitangaben.

7. Juli.

Wo sind Sie hier?	Fragen Sie mich doch nicht erst, soweit bin ich noch nicht, wie Sie mich betrachten, ich bin nicht verrückt.
Weshalb hier?	Ich weiss nicht.
Wann hergekommen?	Sie wissen es ja, ärgern Sie mich nicht. In der „Maxklinik" gaben sie sich alle Mühe, mich herzustellen.
Wann dort?	Vergangnes Jahr.
Weshalb?	Wegen Lungen- und Rippenfellentzündung.
Welcher Tag heut?	(Schweigt verlegen.)
Nun?	Ich habe das Leben dick, entweder geben Sie mich frei oder ich mach mit dem Leben ein Ende, dann werden Sie sehen, dass ich nicht verrückt bin.
Nun welcher Tag?	Ich werde sagen Montag, dann ist's nicht wahr.
Ist es Montag?	Das ist doch Dummheit, dass Sie mich danach fragen.

Kurz nach der Aufnahme wusste er wieder nichts davon, dass er bei Ref. gewesen, glaubte ihn von draussen zu kennen, Ref. habe ihn in seiner Wohnung einmal behandelt. Wusste auch wieder nicht, wo er ist, gab eine falsche Strasse an, und er sei hier wegen „einer Angelegenheit, wegen Rente“.

8. Juni. *Die rechte Pupille reagirt jetzt besser*, ist etwas weiter als die linke. Noch immer *Silbenstolpern* bei schweren Worten. Patient spricht: . . . . artillriebrigarde; Potsdamer Kostputschkekasten; Potzkusch-kutzkasten; Armeereaganition; Armeereaganiaciaciation.

Verhält sich ruhig und geordnet, hat nur sehr lebhaften Entlassungsdrang. Aeussert nun auch seine Eifersuchtsideen. Bleibt meist örtlich orientirt, dagegen weiss er nie die Zeit, nie wie lange er hier ist. Charakteristisch ist, dass sein Bettnachbar sich von ihm weggelegt hat, weil ihm das ewige Fragen nach Tag und Datum lästig war.

Matte Confabulation: Ein Wärter sei zu ihm gekommen, um ihn in die Anstalt zu rufen, und nun habe man ihn dabehalten.

10. August. Seither ganz gleich geblieben. Auf die ruhige Station verlegt, auf der er auch vor seiner vorigen Entlassung, also nach längerem Anstaltsaufenthalt gewesen, erkennt er sie sofort wieder, hier sei er schon gewesen, während er die Aufnahmestation, wie erwähnt, nicht wiedererkannt hatte. Fand dagegen in den ersten Tagen auf der neuen Station sein Bett immer nicht wieder.

Linke Pupille reagirt jetzt auch besser, aber noch etwas träger als rechts. Tremor der mimischen Muskulatur und Zunge geschwunden; die Sprache ist geläufiger, viel weniger stockend; *kein Silbenstolpern mehr*. Romberg kaum mehr deutlich. Im Uebrigen unverändert.

12. September. Ganz gleichmässig. Giebt als Datum stereotyp an: Freitag, den 28.

30. September. Bleibt weiter geordnet, drängt nur beständig auf Entlassung. Schläft und isst gut, hat sich körperlich erholt, an Gewicht zugenommen. Keine Klagen mehr über Reissen, überhaupt ohne Beschwerden.

Blieb örtlich orientirt, zeitlich immer unorientirt, ebenso über Dauer seines Aufenthaltes. Angaben über seinen früheren Aufenthalt wie vorher. Gedächtnissdefekt wie früher. Merkfähigkeit noch stark reducirt.

Nervenstämme noch immer druckschmerzhaft, Muskulatur nicht. *Der rechte Facialis bleibt ein wenig zurück. Zunge gerade*, zittert nicht mehr. Kein Tremor der Hände. *Pupillen reagiren beide prompt. Patellarreflexe fehlen.* An den Unterschenkeln und den Aussenseiten der Oberschenkel Hyperästhesie. Beim schnellen Umdrehen noch Schwanken, beim Stehen mit geschlossenen Augen nicht.

19. October. Unverändert in ein anderes Krankenhaus verlegt. Eine erneute kurze Untersuchung am 29. April 1902 konnte sich nur auf seinen psychischen Zustand erstrecken und nur das Gröbste von dem körperlichen. Danach gegen die letzte Untersuchung nicht verändert. Keine Spur von

Sprachstörung mehr, als eine wenig kraftlose, nicht scharf prononcirte Articulation. Ist in Allem orientirt. Erkennt Ref. wieder. Nur die Zeitangaben schlecht, wie früher. Glaubt seit Januar an der jetzigen Stelle zu sein, weiss aber, woher er gekommen; die zeitlichen Angaben wechseln in kurzer Zeit fortwährend, bewegen sich aber immer ungefähr um das richtige Datum. Merkfähigkeit noch schlecht. Hält sich ganz geordnet. Besorgt sich selbst; macht einige kleine Handreichungen. Ohne Auffälligkeiten.

Nach diesem Verlauf und der sehr charakteristischen Anamnese, die sich zum Theil ja auf den ersten Krankheitsverlauf selbst erstreckte, wird die Diagnose wohl kaum noch einem Zweifel begegnen. Nachdem schon längere Zeit neuritischen Beschwerden vorangegangen waren, trat die Psychose in der von der Frau geschilderten Weise acut ein. Bei der hiesigen Aufnahme schon in der Rückbildung, bot sie noch die schlechte Merkfähigkeit, zeitliche, anfangs auch noch örtliche Desorientirung und Gedächtnissausfall für die Zeit der Krankheit. Besonders charakteristisch ist hier, dass der Kranke von dem 5monatigen Aufenthalt im Allerheiligenhospital nichts weiss, aber wohl von den 5 Tagen, die er vor seiner psychischen Erkrankung in der Klinik zugebracht. In den späteren Angaben bleibt er nun immer unklar und confus. Während der Wiederherstellung trat eine Art der phantastischen Confabulationen auf, die *Korsakow* als wiederauftauchende Erinnerungen aus der deliranten Zeit, wohl mit Recht, ansieht und die nach ihm ebenfalls in der oben schon besprochenen Weise zu progressiver Wahnbildung verarbeitet werden können.

Schwankungen im Verlauf, jedesmalige Besserung im Anstaltsaufenthalt und Verschlimmerung nach erneutem Alkoholconsum betreffen besonders die körperlichen Störungen. Speciell ist hier auf die Pupillenreaction hinzuweisen, die beide Male zuerst stark verlangsamt, nach einiger Zeit wieder normal wurde. Die neuritischen Erscheinungen zeigen eine fortschreitende Besserung, während die psychischen Symptome wohl den endgiltigen Defectzustand erreicht haben. Für das Verhalten der Merkfähigkeit ist es noch besonders interessant, dass der Kranke die Station, die er nach mehrmonatigem Anstaltsaufenthalt kennen gelernt hatte, später wiedererkennt, aber nicht die Aufnahmestation. Die Herdsymptome, die sich nach seiner ersten Entlassung ein wenig verschlimmert hatten, schwanden hier erst nach mehreren Wochen. Die Aehnlichkeit mit der progressiven

Paralyse war daher besonders während seines letzten Aufenthaltes noch gross. Indes die neuritischen Erscheinungen waren charakteristisch genug, um wenigstens einen Hinweis zu geben. Manchmal sind sie das aber auch nicht, man denke an den Fall 4, K. Indessen kann man auch aus dem psychischen Verhalten der Kranken, wenn es auch noch weniger nach der polyneuritischen Seite verdächtig ist als hier, einige Momente hervorheben, die Vorsicht gegenüber der Diagnose Paralyse bieten können.

Erstens ist das Verhalten der Kranken in dem in Betracht kommenden chron. Stadium stets geordnet. Verstösse gegen Sitte und Decorum, die dem dementen Paralytiker doch kaum je ganz fehlen, kommen hier nicht vor. Bei allen Explorationsversuchen sind sie attent, zumal sie meist Kenntniss von ihrer Insufficienz haben, sie geben sich Mühe zu entsprechen und gerathen in der Empfindung ihrer Unfähigkeit in Verlegenheit, den für sie charakteristischen Affect. Die Merkfähigkeitsstörung ist nicht ausschlaggebend, erstens braucht sie nicht mehr hochgradig zu sein, dann kommt sie bei der progress. Paralyse in derselben Weise vor, wenn auch allerdings sehr selten. Erst jüngst aber sahen wir nach paralytischen Anfällen einen vollkommenen Verlust der Merkfähigkeit. Dagegen ist beweisend der Gegensatz zwischen den guten Leistungen aus der früheren Zeit und der jüngst vergangenen, also der abgrenzbare Gedächtnissdefect. Eine so gute Conservirung der Schulkenntnisse, des früher erworbenen Wissens, des Fortschreitens des Lebensganges, ist bei einem dementen Paralytiker nicht mehr zu finden. Vor Allem aber ist das gute Urtheil der Polyneuritiker hervorzuheben, ihre Urtheilskraft ist völlig unverändert, sowohl im Allgemeinen, als besonders gegenüber ihren eigenen Verhältnissen, ihrer Stellung zur Aussenwelt, wogegen selbst der dementen Form der Paralyse Ueberschätzungsideen, dementes Projectemachen und schiefes, gänzlich urtheilsloses Betrachten der Aussenwelt charakteristisch ist. (Grössenideen kommen in phantastischen Confabulationen vor (*Bonhöffer*, auch wir sahen einen solchen Fall) aber nach unseren Erfahrungen nur in der deliranten Phase.) Die Polyneuritiker haben zumeist eine gewisse Einsicht in die Krankhaftigkeit ihres Zustandes, sie erklären sich häufig selbst für gedächtnissschwach. Sie bleiben gegenüber den gleichgiltigen Vorgängen der Umgebung viel unbe-

rührter als der Paralytiker. Der Krankheitszustand macht in der Anstalt keine Fortschritte, er bleibt stationär, oder bessert sich.

Einige Zahlenangaben mögen noch das klinische Verhalten der polyneuritischen Psychose illustriren: In den letzten 3 Jahren wurden 38 Fälle aufgenommen. Darin sind nur solche eingerechnet, in denen neben der Neuritis auch der amnestische Complex bestand, nicht die, welche nach Ablauf eines typischen Delirium tremens keine psychischen Störungen neben der Polineuritis zeigten. Die 38 Kranken, 22 Männer, 16 Frauen, vertheilen sich auf 1586 resp. 772 Aufnahmen. Es käme sonach eine *Korsakow*'sche Psychose auf 72,18 M., und 43,87 Fr., oder die polyneuritischen Psychosen betragen 1,26 pCt. der männl., 2,05 pCt. der weibl. Aufnahmen. Dieses Verhältniss ist aber zu Ungunsten der Frauen verschoben, da die Fälle nicht berücksichtigt sind, die in schwerer Somnolenz aufgenommen, innerhalb der ersten Tage unter den Erscheinungen des „schweren Deliriums“ *Bonhöffer*'s zum Exitus kamen, ohne dass ihr psychischer Zustand näher untersucht werden konnte und die alle mehr oder weniger ausgeprägte neuritische Störungen zeigten. Sie mitgerechnet (10 M., 1 Fr.) stellt sich das Verhältniss wie 1 : 49,56 M. und 1 : 45,41 Fr. oder es wären 2,01 pCt. d. m. und 2,20 pCt. d. w. Aufnahmen. Dass aber die Frauen doch unverhältnissmässig häufiger erkranken, sieht man, wenn man nur die Zahl der wegen Alkoholismus irgend einer Form Aufgenommenen berücksichtigt. Dann kommen auf 701 männl. Alkoholisten 22 (resp. 32), auf 78 weibl. 16 (resp. 17), d. i. 1 : 31,87 (21,90) M., dagegen 1 : 4,86 (4,58) Fr., oder sie betragen 3,13 pCt. der männl., (resp. 4,56 pCt.) und 20,51 pCt. (resp. 21,79 pCt.) der weibl. Alkoholisten. Ist es danach schon auffällig, wieviel widerstandsloser das Weib gegen die Schädigungen des Alkohols ist, dass es mehr zu den schwereren Formen der alkoholistischen Erkrankungen neigt, so wird das noch deutlicher, wenn man die polyneuritischen Erkrankungen nur mit den Delirien zusammenhält. Dann stehen den 16 (17) weibl. 27, den 22 (32) männl. 438 Fälle von Delirium tremens gegenüber. Das ist wieder 1 : 19,45 M. (resp. 13,68) und 1 : 1,68 (resp. 1,58) Fr. Während also erst auf 19 männliche Deliranten ein Polyneuritiker kommt, sind die Deliranten bei den Frauen nur etwas über die Hälfte häufiger. Die Schwere der Erkrankung scheint dagegen bei beiden Geschlechtern keine ver-

schiedene zu sein, wenigstens, unter Berücksichtigung der „schweren Delirien". Ohne das kämen allerdings die Frauen sehr schlecht fort: es starben da von 38 Fällen 16 gleich 42,10 pCt. und zwar von 22 M. 8, d. i. 36,36 pCt. und von 16 Fr. 8, d. i. 50 pCt. Nimmt man aber die erwähnten 11 Todesfälle hinzu, dann überwiegen sogar die männl. ein wenig; dann starben von 49 Erkrankten 27, d. i. 55,10 pCt. und zwar von 32 M. 18, d. i. 56,25 pCt. und von 17 Fr. 9, d. i. 52,93 pCt. Was die sonstigen Ausgänge anlangt, so könnte man höchstens in einem Falle von Heilung sprechen, in welchem für die Beobachtung keine Zeichen von Krankheit mehr vorhanden waren. Ausser ihm sind noch 6 zu Ende beobachtet, die erheblich defect blieben; die übrigen sind noch nicht alt genug, um ein Urtheil zu gestatten.

Der Beginn war in 27 von den 38 Fällen ein ausgeprägt delirantes Stadium, das allerdings nicht immer ganz acut einsetzte. Ueberhaupt berichtete die Anamnese meist, dass Gedächtnissschwäche, Reissen, Gehstörungen und auch delirante Episoden schon längere Zeit vorangingen, ehe die allgemeine Steigerung der Symptome zur Anstaltsaufnahme führte. Oft kam die Psychose erst zur schleichend eingetretenen Neuritis hinzu, andere Male bestanden die psychischen Symptome früher. Sechsmal war der Beginn chronisch, d. h. ohne dass er durch irgend ein plötzlich aufgetretenes Ereigniss markirt werden könnte, zweimal waren auch ganz spärliche Delirien noch dabei. Zweimal war das Anfangsstadium rein stuporös und einmal soll die Psychose auch nach epileptischen Anfällen bei einer vorher gesunden Frau während des Climacterimus zurückgeblieben sein; sie verlief in chronischer Form. In den übrigen Fällen war der Verlauf noch 17 mal chronisch, d. h. ohne delirante Erscheinungen, 20 Fälle dagegen, 11 M., 9 Fr., zeigten das „chron. Delir.". Von diesen starben 14,7 M., 7 Fr., also bis auf 2 kamen alle Todesfälle auf diese Form. Sie waren in den meisten Fällen von schwerer ausgedehnter Neuritis begleitet, während diese beim chron. Verlauf nur mässig und gering war. Ganz fehlten peripher neuritische Symptome ausser in dem oben angegebenen Fall mit epileptiformer Entstehung, noch in einem andern acuter Psychose; in 2 weiteren waren sie nur sehr gering. Die Fälle schweren chron. Delirs waren 8 mal auch mit Tuberculose complicirt. Sie mag in diesen ätiologisch als unterstützendes Moment mit in Frage kommen, wie

einmal auch Lues; auf letztere bestand auch Verdacht in einem Falle, in welchem eine sonstige Ursache nicht zu erfahren war und Alkoholismus unsicher ist. Ausser diesem, der Frau im Climacterium und einem Manne, der nur mässiger Trinker gewesen sein soll, ohne dass auch hier eine andere Ursache zu finden war, war immer der Alkohol als ursächlicher Factor ausser Zweifel bei 2 Männern unter Mitwirkung von Senium. 7 Männer waren schon vorher an Delirien behandelt worden, von den Frauen keine. Unter den veranlassenden Ursachen ist am häufigsten Magendarmkatarrh und Erbrechen genannt.

Zum Schlusse nehme ich Gelegenheit, meinem hochverehrten Chef Herrn Primärarzt Dr. *Hahn* für Ueberlassung des Materials und liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit meinen aufrichtigsten Dank zu sagen.

Ueber das Dauerbad, seine Anwendung und seine Erfolge.

Von

Dr. **Würth**,

Oberarzt an der Grossherzogl. Landesirrenanstalt zu Hofheim.

Der Bezug des für 300 Kranke bestimmten Neubaus unserer Frauenabtheilung und die Fertigstellung unserer Niederdruckdampfheizung gab mir die erwünschte Gelegenheit, seit Januar dieses Jahres die von verschiedener Seite, zuletzt von *Kraepelin*, *Alzheimer* und *Sander* empfohlenen Dauerbäder in grösserem Masse in Anwendung zu bringen und ihre Wirkung bei den verschiedensten Formen von Psychosen sowohl in Bezug auf die Kranken selbst als auch auf das Anstaltsleben zu beobachten. Die gewonnenen Ergebnisse sind für mich um so werthvoller, als ich bei früherer Anwendung, die nach meinen heutigen Erfahrungen Ausnahmefälle betrafen, keine Erfolge gesehen hatte, und ich durch die neuen Versuche, die mit einem grösseren Krankenmaterial und bei längerer Badedauer durchgeführt wurden, eines Besseren belehrt wurde.

Da von verschiedener Seite bezüglich der praktischen Durchführung und des Kostenpunktes Bedenken geäussert wurden, will ich einige allgemeine Bemerkungen über die hiesigen Einrichtungen, die, abgesehen von der direkten Verbindung von Baderaum und Bettabtheilung, nichts Besonderes zeigen, vorausschicken.

Der mit 300 Kranken belegte Frauenneubau enthält auf dem nördlichen Flügel in zwei Stockwerken vier grosse für je 25 Kranke berechnete Säle. Von jedem Saale führt eine Thür direkt in ein

mit zwei Kupferbadewannen montirtes Badezimmer. In den zwei übereinander liegenden östlichen Sälen befinden sich ruhige und unruhige in Ueberwachung, in den beiden westlichen Sälen Bettabtheilungen für unruhige Kranke. Die Ueberwachung der Säle vollzieht sich in der Weise, dass, von besonderen Fällen abgesehen, im Saal und Badezimmer sich je eine Wärterin zur Beaufsichtigung befindet, die Thüre des Badezimmers zur Ueberwachung, bezw. Bettabtheilung steht offen und wird nur bei besonders störendem Singen und Schreien von im Dauerbad befindlichen Kranken geschlossen. Eine dauernde Vermehrung des Wartepersonals wurde während der halbjährigen Versuchszeit nicht nöthig, ein Umstand, der bei dem etatsmässig vorgesehenen Verhältniss des Wartepersonals von 1 : 8 für die weitere Anwendung sehr ins Gewicht fiel. Trotz der grossen Anzahl aufgeregter Kranker begegnete die Durchführung keinen grösseren Schwierigkeiten. Die Zuleitung des Badewassers erfolgt durch zwei über der Badewanne befindliche und nur dem Personal zugängliche Mischhähne, die Temperatur des Badewassers war nach kurzer Uebung durch bestimmte Stellung der Hähne leicht constant zu erhalten, zumal da die Abkühlung bei Zimmertemperatur nur eine geringe ist. Der Ablauf des Badewassers erfolgt am Boden der Wanne durch Oeffnen eines Verschlussknopfes, der mittelst eines Hakens nur von dem Personal entfernt werden kann. Die Menge des nöthigen Badewassers bei einem 12stündigen Dauerbad beträgt die 3—4fache Menge eines einfachen Vollbads, vorausgesetzt, dass es sich nicht um sehr unreinliche Kranke handelt, bei denen unter Umständen noch öfter gewechselt werden muss. Gewöhnlich wird das Bad nach den Mahlzeiten, dem zweiten Frühstück, Mittagsessen und Nachmittagskaffee erneuert, da durch Milch, Suppe und Speisereste das Wasser verunreinigt wird. Solange das Bad gewechselt wird, kommen die Kranken aus dem Bad, um jede Möglichkeit einer Verbrühung auszuschliessen, denn wenn auch durch die Mischvorrichtung bei richtiger Beobachtung der Vorschrift nichts passiren kann, so ist es doch vorher einmal vorgekommen, dass eine unruhige Kranke den Fuss unter das höher temperirte zulaufende Wasser hielt und sich dadurch eine Verbrühung zweiten Grades zuzog. Die Kranke wird daher jetzt während des Wasserwechsels zu der andern Kranken in die Wanne gesetzt, soweit es sich nicht um unreine, oder besonders sensible oder sehr grosse

oder dicke Personen handelt. Ich habe überhaupt des Oeftern in Fällen der Noth, besonders bei erregten Idioten, chronisch zerstörenden Kranken, das Dauerbad zu Zweien angewandt, selbstverständlich immer unter Ausschluss der erwähnten Categorien. Der Beginn des Bades erfolgt mit Rücksicht auf die vermehrte Inanspruchnahme des Personals in den Frühstunden um 8 Uhr Morgens und dauert bis 8 Uhr Abends, worauf die Wannen geputzt und zum Gebrauch für den folgenden Tag fertiggestellt werden. Sämmtliche Kranken erhalten im Bade ein langes, nachthemdartiges Badehemd, bei sich entkleidenden oder zerstörenden Kranken ein besonders fest gearbeitetes Hemd mit auf der Schulter befindlichem Schraubenverschluss. Die Länge des Hemdes hat den Vortheil, dass die Kranken leichter im Bade zu halten sind. Der Versuch, einzelnen Kranken eine Badekappe aus Oelleinwand zu geben, um das Haar vor stärkerer Durchnässung zu schützen, misslang, da die meisten Kranken, die das Dauerbad bedürfen, dieselbe bald entfernen. In allen Fällen, in denen die Dauerbadbehandlung angeordnet war, habe ich die Durchführung auch erreicht, allerdings habe ich mich in einer Reihe von Fällen nicht gescheut, die Kranken auch gegen ihren Willen im Bade zurückzuhalten. Ich kann darin keine besondere Zwangsmassregel erblicken; wenn ich unruhigen Kranken eine Injection eines narkotischen Mittels mache, muss ich ja auch Widerstrebende festhalten lassen, der Unterschied der zeitlichen Differenz ist auch kein sehr grosser, nach einer viertel, einer halben Stunde gelang es meistens einer Badewärterin zwei und mehr Kranke im Bade zu halten. Das Bad liess ich die Kranken nach Möglichkeit nicht verlassen, einmal um unnöthige Balgereien mit dem Personal bei der Rückverbringung zu vermeiden, andrerseits um nicht der therapeutischen Wirkung des warmen Bades durch die beständigen Unterbrechungen verlustig zu gehen. Das Personal erhielt, um Durchnässung zu vermeiden, Bademäntel aus Billrothbattist. Bei Kranken, die durch Ausschöpfen mit der Hohlhand oder durch beständiges Spritzen das Badewasser entleerten und dadurch den Zweck des Bades vereitelten, wurde durch ein Segeltuchüberzug der Badewanne mit grossem dem Rumpf freie Bewegung lassenden Ausschnitt Abhilfe getroffen.

Um einzelnen Kranken, die geeignet schienen, die Gelegenheit zur Beschäftigung zu geben, habe ich einen 40 cm breiten Gurt

aus Segeltuch lose über die Badewanne gespannt, sodass sie dadurch eine bequeme Stütze zum Auflegen eines Buches oder einer Zeitung hatten, als Polster für den Kopf benutzte ich leicht gespannte Luftkissen. Bei sehr unruhigen Kranken, die selbst nach einigen Stunden nur mit Hilfe des Personals im Bade zu halten waren, habe ich durch Steigerung der Badetemperatur auf 36° und 37° C. oder durch feuchte Packungen oder Darreichung von 30—40 Tropfen Tct. Opii oder Bier die weitere Durchführung des Bades versucht, wenn auch das nichts half, habe ich von weiteren Versuchen abgestanden.

Wenn ich nunmehr zu den speciellen Erfahrungen, die wir während der halbjährigen Versuchszeit machten, übergehe, so will ich zur Würdigung der Resultate vorausschicken, dass das Krankenmaterial sich in der Mehrzahl der Fälle aus sehr unruhigen chronisch Kranken unserer Bettabtheilungen zusammensetzte, die oft Jahre lang abwechselnd in Isolierung oder nur mit hohen Narcoticis in Gesellschaft gehalten wurden und das Letztere oft nur mit mangelndem Erfolg, da durch die Nothwendigkeit, fast chronisch Narcotica anwenden zu müssen, eine ganz erhebliche Gewöhnung eingetreten war und die Maximalgaben pro die oft um das Zwei- und Dreifache überschritten werden mussten. Bezüglich der Krankheitsformen handelte es sich zumeist um Erregungszustände, bei Stuporzuständen habe ich wegen mangelnden Erfolgs und der weniger zwingenden Indication zu therapeutischen Eingriffen bald abgesehen.

Es wurden im Laufe des letzten Halbjahrs 2112 Dauerbäder an im Ganzen 102 Kranke gegeben, die Zahl der in je einem Monat mit Dauerbädern Behandelten schwebt zwischen 40 und 50 Kranken, die Badedauer betrug durchschnittlich zwischen 9—10 Stunden pro Tag, in der Nacht wurden aus Mangel an Personal keine Bäder gegeben. Während des ersten Vierteljahres wurden von sämmtlichen im Dauerbad behandelten Kranken Aufzeichnungen der vorliegenden Krankheits- und Zustandsform, über Dauer des Bades, über das Körpergewicht vor und nach dem Bad, Puls, Dosis des vorher angewandten Narcoticums und die Wirkung desselben, Zahl der am Tag und in der Nacht beobachteten Schlafstunden, bei negativem Erfolg des Dauerbads Notizen über eventuelle Darreichung von Narcoticis oder Isolirung gemacht. Ich will nicht durch die Mittheilung der in jedem Einzelfalle angelegten Tabellen ermüden,

sondern nur die bei der Zusammenstellung derselben bei der Mehrzahl beobachteten gemeinsamen Resultate mittheilen.

Die Dauer des Bades erstreckte sich im Einzelfall meist Tage und Wochen lang bis zu einem Monat. Schädliche Wirkungen, die auf die lange Durchführung des Bades zurückgeführt werden konnten, habe ich nicht beobachtet, wohl aber dass mit der langen Dauer ebenso eine Gewöhnung und dadurch eine Herabsetzung der beabsichtigten therapeutischen Wirkung eintrat, wie wir das auch bei der längeren Darreichung von Narcoticis sehen. Die Zahl der Schlafstunden nach längerer Anwendung des Dauerbades wurde geringer, die Nothwendigkeit, für die Nacht Narcotica, Isolirung noch ausserdem anordnen zu müssen, wurde grösser.

Das Körpergewicht sank in der Mehrzahl der Fälle im Laufe eines Monats um $^1/_2$—1 kg bei fortgesetzter Dauerbadebehandlung, in einzelnen Fällen differirte das Gewicht am Morgen gegen das Abendgewicht um $^1/_2$ kg, in andern Fällen war es umgekehrt. Im Allgemeinen kann man sagen, dass das Körpergewicht keinen auffallenden Schwankungen unterworfen ist, nur beim manisch-depressiven Irresein war in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Gewichtsabnahme in der manischen Phase bei Dauerbadbehandlung wesentlich geringer als vorher.

Der Schlaf nach dem Bade — vorausgesetzt ist eine zwölfstündige Badedauer — betrug bei der Mehrzahl 9 Schlafstunden und mehr, das ist die ganze Nacht hindurch. Diese prompte Schlafdauer bedeutet für die unruhigen Ueberwachungsabtheilungen eine ganz erhebliche Entlastung. Eine grosse Anzahl unruhiger Elemente sind ja besonders Nachts durch Zerstören, Schmieren, Gewaltthätigkeit, Aufwecken und Mobilisirung ihrer Mitkranken in den Morgenstunden so störend, dass sie der Beaufsichtigung oder im Nothfall der Isolirung nicht entbehren können. Bei senilen Erregungszuständen und anderen, bei denen mit Rücksicht auf die Herzthätigkeit Narcotica nur mit grosser Vorsicht gegeben werden können, bildet sie einen grossen Vortheil.

Den Puls fand ich bei unruhigen Kranken beschleunigt, zwischen 84—120 schwankend, je nach der Intensität der Erregung, dabei voll und äqual. Auffallend ist, dass unter meinen 102 Kranken bei 23, bei 2112 Bädern 30 mal vorübergehende, ohnmachtsartige Zustände im Bade auftraten, von denen sich alle nach der Ver-

bringung ins Bett rasch erholten; der Puls war, soweit eine ärztliche Controle bei der kurzen Dauer dieser Zufälle eine Beobachtung zuliess, voll und etwas beschleunigt. Bei einer paralytischen Kranken traten nach 6stündigem Bade paralytische Anfälle auf, denen sie am folgenden Tage erlag. Nach meiner Beurtheilung war der Erregungszustand, der die Verbringung ins Bad veranlasste, bereits ein Prodrom des paralytischen Anfalls, nichtsdestoweniger möchte ich der Vollständigkeit halber es nicht unterlassen, dies an dieser Stelle anzuführen. Dagegen möchte ich auf die Ohnmachtsanfälle bei der relativen Häufigkeit besonders hinweisen und mit Rücksicht hierauf auch auf eine besondere Belehrung des Personals und eine gute Ueberwachung, wenn Unglücksfälle verhütet werden sollen.

Bei starkem Turgor des Gesichts und Schweissausbruch, der in einer grossen Anzahl von Fällen auftrat, wurden regelmässig kalte Umschläge auf Kopf und Stirn angeordnet.

Besondere Vorsicht verwende ich bei furunkulösen Erkrankungen, bei denen ich das Dauerbad neuerdings regelmässig aussetze, ich habe im Anschluss an ein Dauerbad bei einer furunkulösen Kranken trotz sorgfältiger Reinigung der Wanne ausgedehnte Furunkelbildung bei 3 weiteren Kranken erlebt, die nachträglich die Wanne benutzten, sowie bei 2 Pflegerinnen, die als Dauerbadwache während dieser Zeit beschäftigt waren. Bei letzteren traten die Furunkel zuerst an dem Vorderarm auf, bei den Kranken multipel am ganzen Körper, hauptsächlich an den Sitzbeinknorren und dem Rücken. Nach Desinfection und Ausserbetriebsetzung der Wanne für eine bestimmte Zeit wurden weitere Infectionen nicht mehr beobachtet.

Die Krankheitsformen, bei denen das Dauerbad angewandt wurde, vertheilen sich in folgender Weise.

Collapsdelir	2
Dementia praecox (incl. Katatonie, Dementia paranoides)	56
Manisch-depressives Irresein	8
Psychosen d. Rückbildungsalters (Melanch., Demen. sen.)	10
Paralyse	3
Paranoia	2
Epilepsie	2
Hysterisches Irresein	3
Idiotie, Imbecillität	16

Die besten Erfolge sah ich bei den maniakalischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins. In den meisten Fällen war ich in der Lage, ohne Narcotica und Isolirung auszukommen, was vorher nicht der Fall war. Der Procentsatz der Isolirungen und der mit Narcoticis Behandelten ist dadurch nicht unerheblich heruntergegangen. Weniger wirksam, wenn auch mit unverkennbar günstigem Erfolge beeinflusst, folgen dann die Erregungszustände der verschiedensten Krankheitsformen, darunter als Hauptkontingent die der Dementia praecox, mit Ausschluss der Erregungszustände, die der reinen Form der Katatonie angehören. Letztere wurden sowohl in der Intensität der Erregung, wie der Dauer der darauf folgenden Schlafstunden am wenigsten beeinflusst. Von dieser Ausnahme abgesehen ermöglichte die Beruhigung, die in der Mehrzahl der Fälle eintrat, bei einer grossen Anzahl von chronisch Unruhigen Narcotica und Isolirung für längere Zeit auszusetzen. Die Entwicklung von Narcoticis gestattete andererseits später die Kranken auch auf niedrigere Dosen wieder reactionsfähig zu machen. Ist das Dauerbad auch kein Allheilmittel für Erregungszustände, so bleibt es doch im Allgemeinen ein viel unschädlicheres Narcoticum als alle unsere Arzneimittel, ein Narcoticum bequem in der Dosirung, übersichtlich in der Wirkung und frei von gefährlichen Nebenwirkungen. Da wo eine Häufung unruhiger Elemente in der Anstalt die Höhe der narcotischen Tagesgaben oft gegen den Willen des Arztes immer mehr anschwellen lässt, giebt das Dauerbad eine willkommene Abwechselung und eine wirksame Bereicherung unseres therapeutischen Handelns. Dass die Dauerbäder auch für das Wartepersonal eine ganz wesentliche Erleichterung der Pflege bedeuten, will ich nicht unterlassen zu erwähnen. Auch bei uns sind verschmierte Zellen und Aborte unter der Dauerbadbehandlung verhältnissmässig selten geworden. Auch die Menge des zerstörten Bettwerks, der Kleider, hat sich erheblich verringert und dabei war ich in der Lage, feste Handschuhe, die ich vor dem Dauerbad bei ca. 20 chronischen Zerstörern im Monat noch anwenden musste, völlig zu entbehren. Dies betrachte ich nicht allein vom ästhetischen, sondern auch vom ärztlichen Standpunkt als ein Vortheil, denn feste Handschuhe sind bei gleichzeitig gewaltthätigen Kranken eine gefährlichere Waffe als die Hand.

Wer, wie ich, den Werth des Dauerbads nach längerer An-

wendung kennen und schätzen gelernt hat, wird es begreiflich finden, wenn ich seine Anwendung in die erste Reihe unserer psychiatrischen Beruhigungsmittel stelle; ebenso selbstverständlich scheint mir bei Anstaltsneubauten die Schaffung von besonderen, ausschliesslich dieser Behandlungsmethode dienenden Räumen, bei bestehenden die Einrichtung von solchen unter Benutzung schon vorhandener Baderäume. Wie die Zahlen der mit Dauerbad behandelten Krankheitsformen zeigen, erstreckt sich mein Material, das ich zur Beobachtung heranzog, im Wesentlichen auf die Erregungszustände chronischer Fälle. Die Erfahrungen, die nach den bisherigen Veröffentlichungen sich im Wesentlichen auf acute Fälle bezogen, lassen sich danach dahin erweitern, dass unser therapeutisches Handeln bezüglich des Dauerbads keinen Halt machen soll bei den acuten Erregungszuständen, dass es wie die Betttherapie nicht bloss für Kliniken und psychiatrische Durchgangsstationen, sondern für alle der Pflege Geisteskranker bestimmten Anstalten eine besondere Behandlungsmethode bilden soll.

Ueber Gehirnsektion

mit Demonstrationen.[1])

Von

Dr. med. **C. Wickel,** III. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka.

Meine Herren! Ich möchte mir erlauben, Ihnen in aller Kürze zu berichten über eine Art der Hirnsektion, wie wir sie seit über $1^1/_2$ Jahren auf meine Anregung hin in Dziekanka allgemein in Anwendung bringen.

Ueber die zweckmässigste Art der Hirnsektion haben *Siemerling*[2]) und *Edinger*[3]) gelegentlich der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Frankfurt a./M. im Mai 1893 ein eingehendes Referat erstattet. Insbesondere schilderte *Siemerling* die verschiedenen Arten der Hirnsektion von den Alten bis auf unsere Zeit und besprach dieselben in kritischer Weise.

Er kam zu dem Resultat, dass eine Sektion als die zweckmässigste in jedem Fall nicht aufgestellt werden kann.

Die bekannte *Virchow*'sche Sektion leistet die besten Dienste, wenn es nur darauf ankommt, eine approximative Sicherheit zu haben, dass ein Gehirn im Inneren frei ist von gröberen Läsionen.

Die approximative Bestimmung reicht aber bei den meisten in Frage kommenden Fällen nicht mehr aus.

Der Eigenart des Einzelfalles muss bei der Ausführung der Schnittrichtung Rechnung getragen werden.

---

[1]) Nach einem auf der Jahresversammlung des Nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Danzig am 7. Juli 1902 gehaltenen Vortrage.

[2]) Arch. f. Psych. Bd. 25, S. 530.

[3]) Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 349 und 361.



Im Hinblick auf die Wichtigkeit der Lokalisation und einer folgenden ausgedehnten mikroskopischen Untersuchung ist diejenige Methode als die zweckmässigste zu erachten, welche bei der Möglichkeit makroskopischer Betrachtung die Theile in erforderlicher Weise schont.

Siemerling empfahl zu diesem Zweck das frische Hirn mittelst Hirnmesser in frontale, nicht zu dünne, von der Basis zur Convexität geführte Schnitte zu zerlegen, vom Stirnhirn bis zu den Vierhügeln, am besten in bestimmten Ebenen wie: dicht hinter dem Balkenknie, vor dem Chiasma, unmittelbar hinter dem Chiasma, durch die Corposa candicantia. Es wird dann das Splenium durchtrennt, der Hirnstamm entfernt und der hintere Theil jeder Hemisphäre für sich zerlegt.

Erforderlichenfalls legt man Horizontal- und Sagittalschnitte an.

Diese Methode genügt in der That den Anforderungen sowohl makroskopischer frischer Betrachtung, wie auch möglichster Schonung der Theile für spätere mikroskopische Untersuchung. Die Methode hat ferner den grossen Vortheil, dass man sich durch das leichte Wiederzusammenfügen der einzelnen Theile leicht und gut orientiren kann über den genauen Sitz einer bestimmten Veränderung, eines herausgeschnittenen Stückes etc.

Auch heute noch müssen wir diese Ausführungen als massgebend ansehen, sofern wir auf eine makroskopische Betrachtung des frischen Hirns nicht verzichten wollen und die mikroskopische Untersuchung des Hirns an ganzen Schnitten nicht anstreben. —

1893 führten nun *F.* und *J. Blum* das Formaldehyd als Härtungs- und Conservirungsmittel in die Technik ein. Das Formaldehyd ist, wie bekannt, ein gasförmiger Körper. Es ist in 40 pCt. wässriger Lösung zu beziehen und zwar von Schering unter dem Namen Formalin, von den Höchster Farbwerken unter dem Namen Formol.

Das Formaldehyd bewährte sich alsbald auch als Härtungs- und Conservirungsmittel für das Centralnervensystem in vorzüglicher Weise. Die Literatur, welche sich mit der verschiedenen Anwendungsweise des Formaldehyds, mit der Brauchbarmachung von in Formalin bezw. Formol gehärteten Stücken des Centralnervensystems für die verschiedenen Färbemethoden beschäftigt, ist eine ganz bedeutende geworden und spricht sich fast durchweg in anerkennendem Sinn aus. Speciell hat sich das Formaldehyd einen

Ruf erworben als Härtungs- und Aufbewahrungsmittel ganzer Gehirne.

Im Gegensatz zu den früher üblichen Fixirungsflüssigkeiten treten besonders auch hierbei die Vorzüge des Formaldehyds in angenehmer Weise hervor.

Es erhält die Form des Hirns unverändert. Es verleiht ihm eine brauchbare, lederartige, nicht brüchige Consistenz. Es schrumpft nicht. Nach Angabe *Flatau*'s (Anatomischer Anzeiger 1897) nimmt das Hirn des Menschen in 10 pCt. Formollösung im ersten Monat um 2—3 pCt., nach 5 resp. 15 Monaten um 1 pCt. des Anfangsgewichtes zu. — Das Gehirn wird in seiner Farbe nicht allzu wesentlich verändert. Die Faserung tritt gut hervor.

Für Fixirung und Conservirung ganzer Hirne empfahl 1895 *Retzius*[1]) eine 1—2 pCt. wässrige Lösung des Formaldehyds. 1896 empfahl *J. Orth*[2]) das Formaldehyd in wässriger Lösung für Gehirne, besonders unter Hinweis auf die Vortheile einer Composition von Formol und Müller'scher Flüssigkeit (Formol-Müller = 10 Theile Formol auf 100 Theile Müller'scher Flüssigkeit) bei beabsichtigter späterer Färbung bei der mikroskopischen Untersuchung.

Die 10 pCt. wässrige Lösung des Formaldehyds dürfte wohl heute als die brauchbarste und gebräuchlichste bei Härtung ganzer Gehirne sich ergeben haben.

Dieser Lösung bedienen auch wir uns mit Erfolg.

In Anlehnung an ein ähnliches Vorgehen *Siemerling*'s, welcher alle Gehirne in toto in 10 pCt. Formaldehydlösung bezw. Müller-Formollösung (auf 100 Theile Müller, 2 Theile Formaldehyd der 40 pCt. Lösung) brachte, um sie später an Schnitten durch das ganze Hirn zu durchforschen (cfr. auch *Siemerling*, Ueber Technik und Härtung grosser Hirnschnitte, Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 32) haben auch wir von einer Sektion des frischen Hirns Abstand genommen.

Bei der Sektion nehmen wir das Gehirn in der üblichen Weise aus der Schädelhöhle, beschreiben den äusseren Befund, bestimmen das Gewicht.

---

1) Hygiea L. VII, 1895. Ref. Neurolog. Centralbl. 1896, S. 763.

2) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 13, S. 269.



Hierauf kommt das ganze Gehirn in ein bereitgestelltes grösseres Glasgefäss mit 10 pCt. Formollösung, welche auch eine bereits zu gleichem Zweck benutzte sein kann. Das Hirn wird hier nach der von *Siemerling* (l. c.) empfohlenen Methode von *Retzius* (Hygiea LVII, 95) mit der Basis nach oben an einem quer über die Gefässwände gespannten unter der Arteria basilaris durchgezogenen Bindfaden schwebend erhalten.

Das Gefäss wird sodann mit einer Glasplatte zugedeckt und mit einem Schild versehen, welches Namen, Diagnose, Datum des Todes, Datum der Section anzeigt.

Nach 8—14 Tagen ist die Härtung in den äusseren Partien soweit gediehen, dass man unter guter Erhaltung der Form und ohne Gefahr, etwas zu zerstören, einen Schnitt durch das Hirn machen kann. Ergeben sich Momente, welche weitere Härtung wünschenswerth erscheinen lassen, so kommt das Hirn wieder in die Formollösung zurück, wo es noch bis zur weiteren Zerlegung weitere 3—4 Wochen verbleibt. Liess die klinische Beobachtung des Falls oder die äussere Beschaffenheit des Hirns eine besondere organische Veränderung (Tumor, Abscess, Blutung, Erweichung, Cyste, traumatische Veränderung, Cysticercus u. dgl.) erwarten, so warten wir mit der Anlage des ersten Schnittes von vorneherein 4—6 Wochen.

Nach ca. 6 Wochen pflegt auch eine Blutung von grösserer Ausdehnung, grösserer Tumor etc. soweit fixirt zu sein, dass das Messer dieselben ohne Schaden anzurichten passiren kann.

Die Eigenart des Falls, der Befund bei dem oder den ersten Schnitten bestimmt auch hier unser weiteres Vorgehen, Art der weiteren Schnittrichtung, Zahl und Entfernung der einzelnen Schnitte von einander.

In den meisten Fällen sind Frontalschnitte am geeignetsten und zwar von der Basis zur Convexität.

Den ersten Schnitt legen wir an am Austritt der Hirnschenkel. Man bekommt so zwei annähernd gleiche Theile, welche sich bequem weiter zerlegen lassen in Schnitte von beliebiger Zahl und Dicke, wenn man den betreffenden Hirntheil mit der Schnittfläche gegen eine grössere senkrecht gestellte Glasplatte sanft andrückt.

Die bei dem so angelegten ersten Schnitt erhaltene Schnitt-

fläche giebt ein gutes Orientirungsbild über Rinde, Mark, Innere Kapsel, Thalamus, Linsenkern, Balken.

Besonders schön stellt sich gleich hier eine etwa vorhandene Erweiterung der Ventrikel dar, Abhebung des Balkens vom Fornix, vom Nucleus caudatus, Streckung des Septums u. a. m.

Bei der weiteren Zerlegung sehen wir alle Anforderungen erfüllt, welche *Griesinger* an eine richtige makroskopische Besichtigung des Hirns stellt. Wir sehen: die Lage der einzelnen Hirnteile, wie sich solche durch die Hirnkrankheit verändert hat, die Verdrängung und Compression einzelner Partien, das Ober-, Unter- und Nebeneinander der betroffenen Stellen, wie sich solches wirklich in dem im Schädel eingeschlossenen lebenden Hirn gestaltet hat. *Griesinger*[1]) hatte bekanntlich bereits 1862, um dies zu erreichen, speciell bei Tumor etc. vorgeschlagen, durch feinen Sägeschnitt durch Schädelkapsel und Hirn zugleich, in frontaler und horizontaler Richtung die Verhältnisse sich möglichst unverändert und übersichtlich zugänglich zu machen.

Bei dem nach ca. 14 Tagen angelegten Schnitt sieht man an der Peripherie deutlich den von *Siemerling* (l. c.) beschriebenen und von ihm „Randdifferenzirung“ benannten helleren Saum, eine Folge der Formolhärtung.

Von besonderen Massnahmen vor Einlegung der Hirne in Formol, wie solche u. A. *Weber*[2]) empfohlen hat haben wir Abstand genommen, ein Bedürfniss dafür hat sich nicht herausgestellt. *Weber* machte vor der Einlegung der Hirne in Formol Frontalschnitte in die Hemisphären und Längsschnitte in den Balken über den Seitenventrikeln oder er injicirte von dem basalen Arterienkranz aus Kaiserling'sche Flüssigkeit, ein Gemisch von Wasser (1000,0), Formol (750,0), Kalium nitricum (10,0) und Kalium aceticum (30,0).

Der Befund bei der Zerlegung des Gehirns wird in dem Sectionsprotokollbuch nachgetragen. Datum der Zerlegung, die

---

[1]) *Griesinger*: Archiv für Heilkunde III. 1862 p. 239 und Arch. für Psych. Bd. I. p. 317.

[2]) *L. W. Weber*, Herstellung makroskopischer Demonstrationspräparate des Centralnervensystems. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LV, S. 251.

wichtigsten Befundergebnisse werden ausserdem in einem über die Gehirne angelegten Katalog kurz unter besonderer Rubrik notirt.

Haben sich interessantere Befunde ergeben, so werden die Gehirne weiterhin in 10 pCt. Formollösung aufbewahrt.

Wir haben auf diese Weise bereits eine Sammlung schöner pathologisch-anatomischer Hirnpräparate bekommen.

Ist mikroskopische Untersuchung angebracht, so werden die Hirne in grösseren oder kleineren Theilen in geeigneter Weise weiter behandelt, durch Verbringung in Müller, in Alkohol u. s. w.

Wendet man die Methode von *Gudden*[1]) an, welcher Schnitte des in Formol gehärteten Gehirns in 0,55 pCt. Chromsäurelösung beizte, so bekommt man sehr gute, für gewöhnlich ausreichende Weigertpräparate. Bei speciell auf das Studium der Markscheiden gerichteten Untersuchungen empfiehlt es sich, die Gehirne nach Angabe *Siemerling*'s[2]) in Müller-Formol (100 Theile Müller, 2 Theile Formaldehyd der 40 pCt. Lösung) zu härten.

An dem ca. 14 Tage in Formol gehärteten Hirn lässt sich noch vollkommen brauchbare Zellfärbung (Thionin) erzielen.

Auch nach längerer Zeit noch erhält man Gliapräparate (Weigert), die wenigstens einen Ueberblick gewähren.

Gehirne, welche einen Aufbewahrungswerth nicht haben, können zum Studium der Hirnanatomie benutzt werden.

Wir legen sie dazu vorher kurze Zeit in 5 pCt. wässerige Salmiaklösung. Die unangenehme Wirkung des Formaldehyds auf Haut und Schleimhäute wird dadurch fast ganz beseitigt.

Auch bei der Zerlegung der Hirne stellt man zweckmässig eine grössere Schale mit concentrirterer Salmiaklösung in der Nähe auf.

Die Belästigung der Schleimhäute wird dadurch wesentlich geringer.

Der Nachtheile des eben geschilderten Verfahrens sind wir uns wohl bewusst.

Wir begeben uns der Beobachtung der Farbe und der Consistenz etwaiger Veränderungen im frischen Zustand.

Die besprochenen Vortheile unseres Vorgehens überwiegen aber

---

[1]) Neurologisches Centralblatt 1897 p. 24 No. 1.

[2]) Berl. klin. Wochenschr. 99 No. 32.



diese wenigen Nachtheile so wesentlich, dass wir der Zerlegung und Besichtigung des frischen Hirns gern entbehrten.

Das geschilderte Verfahren dürfte sich besonders für unsere Irren-Anstalten empfehlen, da sich hier vorzugsweise bei einer nicht allzu grossen Zahl von Sectionen ein gutes pathologisch-anatomisches Hirnmaterial darbietet.

Demonstrationen.

1. Tumor cerebri (Sarcom).

Mann, 60 Jahre alt. Zunächst Hemiparese rechts und gemischte Aphasie, vorwiegend motorisch. Mehrfach apoplectiforme Attaquen. Danach Zunahme der Parese und Aphasie. Nach einer letzten apoplectiformen Attaque Hemiplegie und völlige Aphasie.

Krankheitsdauer 7 Monate.

† Pneumonie.

Hirngewicht 1645 g.

Hirn in 10 pCt. Formollösung.

Reihe von frontalen Schnitten nach 4 Wochen.

Grosses lang sich hinziehendes kleinzelliges Sarcom der inneren Hälfte der linken Hemisphäre. Mehrfache Blutungen im Tumor. Grosse Blutung zerstört linken Linsenkern und durchtrennt innere Kapsel. Die durch den Tumor verursachten Lageverschiebungen sind deutlich zu sehen.

2. Tumor cerebri.

Frau, 74½ Jahre alt. Dementia senilis.

Krankheitsdauer 14 Jahre. Nie Tumorsymptome.

† Pneumonie.

Hirn 11 Monate in Formol-Müller (*Orth*).

Seit 16 Monaten in reinem Müller.

Zerlegt durch zwei Sagittalschnitte.

Tumor von der Grösse eines Taubeneis zwischen linker Kleinhirnhemisphäre und linker Brückenhälfte.

Unterschied zwischen Formol- und Müller-Härtung.

3—5. 3 Gehirne von Paralytikern.

Man sieht an allen deutlich die Leptomeningitis, die bekannten Veränderungen der Rinde, die verschiedengrosse Erweiterung der Ventrikel.

Bei dem einen weniger stark (Tabesparalyse); bei dem zweiten erheblich; bei dem dritten sehr erheblich. Hier fällt noch auf der sehr atrophische Balken.

In dem ersten Fall mit den relativ geringeren Veränderungen handelt es sich um Tabesparalyse. Tabes seit 10 Jahren. Paralytische Erscheinungen seit ½ Jahr. † Pneumonie. Gehirn in 10 pCt. Formol am 19. April 1901. Zerlegt in Frontalschnitte nach 14 Monaten. — Seitdem in 10 pCt. Formol, wie seither.

Der zweite Fall hatte eine Krankheitsdauer von 4 Jahren. † Pneumonie. Status paralyticus. Gehirn in 10 pCt. Formol am 8. April 1902. Zerlegt in Frontalschnitte nach 14 Tagen.

Der dritte Fall hatte eine Krankheitsdauer von etwa 5 Jahren. † Pneumonie. Gehirn in 10 pCt. Formol am 28. Januar 1902. Zerlegt in Frontalschnitte nach 14 Tagen.

Zum Vergleich besonders bezüglich der Ventrikelweite:

6. Hirn eines an Tuberculose der Lungen verstorbenen 30 Jahre alten Mannes, welcher intra vitam die Erscheinungen der Friedreich'schen Ataxie geboten hatte und dement geworden war.

Hirn in 10 pCt. Formol am 8. Mai 1902.

Zerlegt in frontale Schnitte nach 4 Wochen.

7. Gehirn eines 33 Jahre alten männlichen sprachlosen Idioten. † Tuberculose der Lungen.

Hirngewicht 1150 g.

Hirn in 10 pCt. Formol am 28. November 1901.

Zerlegt nach 4 Wochen durch Horizontalschnitt in der Mitte.

Starke Erweiterung der Ventrikel.

8. Meningitis tuberculosa.

Gehirn eines 35 Jahre alten Mannes.

Klinisch: Dementia praecox. Krank seit langen Jahren.

† Tuberculose der Lungen.

Zuletzt meningitische Erscheinungen.

Hirn in 10 pCt. Formol am 5. November 1901.

Trübung der Pia in der Gegend der Fossae Sylvii. Daselbst im Verlaufe der Gefässe kleine weissliche Knötchen. Sulziges Oedem der Basis (Chiasma bis Pons).

Zerlegt nach 4 Wochen in Frontalschnitte.

Starke Erweiterung aller Ventrikel, besondes des dritten. Aquaeductus Sylvii stark erweitert. Commissura media fehlt.

Mächtige Ependymgranulationen in den vier Ventrikeln.

Blutungen.

9. Frau, 74 Jahre alt. Dementia senilis. Hemiparesis dextra. Krankheitsdauer unbekannt.

† Herzschwäche.

Gehirn in 10 pCt. Formol am 6. Juni 1902.

Zerlegt in Frontalschnitte nach 18 Tagen.

Starke Erweiterung der Ventrikel.

Balken ausserordentlich dünn.

Im Mark unter der Rinde der linken oberen Präcentralgegend kleine streifenförmige ältere Blutung.

Im linken Thalamus und Linsenkern mehrfache kleine haemorrhagische Cysten.

Ebensolche in geringerer Zahl im rechten Linsenkern.

10. Frau, 90 Jahre alt. Dementia senilis. Krankheitsdauer unbekannt. Hemiparese leichten Grades links.

† Pneumonie.

Hirn in 10 pCt. Formol am 12. October 1901.

Zerlegt nach 4 Wochen in Frontalschnitte.

Drei kleine Blutungen im linken Uncus.

Kleine Haemorrhagie im rechten Linsenkern.

11. Ventrikelblutung.

Frau, 50 Jahre alt. Dementia paralytica. Krankheitsdauer nicht genau bekannt; angeblich erst mehrere Monate.

† Status paralyticus. Pneumonie.

Gehirn in 10 pCt. Formol.

Windungen stark abgeplattet, Furchen verstrichen.

Zerlegt nach 4 Wochen in Frontalschnitt.

Rechter Seiten-Ventrikel prall mit Blut gefüllt. Septum zerrissen. Linker Seiten-Ventrikel theilweise mit Blut gefüllt.

Fornix abgehoben. III. Ventrikel ganz mit Blut gefüllt.

Blutung (Trauma).

12. Frau, 72 Jahre alt.

December 1901 überfahren. Erheblich am Kopf verletzt. Narbe der Haut und Rinne im Knochen unter dem rechten Auge.

Nach dem Unfall verändert.

Demenz. Totale sensorische, erhebliche motorische Aphasie.

† 30 Januar 1902. Marasmus. Ulcus im Duodenum, verwachsen mit Umgebung.

Hirn in 10 pCt. Formol. Zerlegt nach 4 Wochen in Frontalschnitte: Starke Arteriosclerose. Rechte Hemisphäre weniger gewölbt, wie linke. Seiten-Ventrikel erheblich erweitert.

Ausgedehnte tiefgehende Zerstörung (haemorrhagische Cyste) des rechten Schläfenlappens. Das hintere Drittel des Gyr. temp. sup., die hintere Hälfte des Gyr. temp. med. ist völlig zerstört. Leichter geschädigt ist der obere Rand des Gyr. temp. inf. und die Rinde der Insel.

Links gleiche, aber kleinere Veränderung im hinteren Drittel des Gyr. temp. sup. Auch hier Rinde der Insel theilweise mitlädirt.

Meinem verehrten Chef, Herrn Sanitätsrath Director Dr. *J. Kayser*, danke ich auch an dieser Stelle bestens für die gütige Unterstützung bei Durchführung des Verfahrens.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in München, am 14. u. 15. April 1902.

Die beiden Sitzungen fanden im physikalischen Hörsaal des Polytechnikums statt.

Anwesend waren die Herren: *Albrecht*-Treptow, *Alter*-Leubus, *Alzheimer*-Frankfurt a./M., *Becker*-München, *W. Beckh*-Nürnberg, *Berger*-Jena, *Bilharz*-Sigmaringen, *Blachian*-Werneck, Frh. *v. Blomberg*-Dziekanka, *Brandt*-München, *Braune*-Schwetz, *Bresler*-Kraschnitz, *Brosius*-Sayn, *Bumm*-München, *Degenkolb*-Neustadt i./H., *Deutsch*-Uckermünde, *Dieckhof*-Gilgenberg, *Dubbers*-Allenberg, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Encke*-Lauenburg, *Fabricius*-Düren, *Fischer*-München, *Fürstner*-Strassburg, *Gaupp*-Heidelberg, *Giggelberger*-Saargemünd, *v. Grashey*-München, *Cl. Gudden*-Pützschen, *H. Gudden*-München, *Haenel*-Dresden, *v. d. Helm*-Endenich, *Herfeldt*-Ansbach, *Hitzig*-Halle, *Hoche*-Strassburg, *Hofmann*-München, *Hollander*-Riga, *Hügel*-München, *Jolly*-Berlin, *Kalweit*-Hofheim, *Kemmler*-Winnenthal, *Knecht*-Uckermünde, *Kölle*-Pfullingen, *Kraus*-Kennenburg, *Kreuser*-Winnenthal, *Kundt*-Deggendorf, *Hans Laehr*-Zehlendorf, *Landerer*-Andernach, *Lehmann*-Bamberg, *Lehmann*-Leipzig, *Löwenfeld*-München, *Ludwig*-München, *Mercklin*-Treptow, *A. Meyer*-Roda, *Möbius*-Leipzig, *Oestreicher*-Nieder-Schönhausen, *Pelman*-Bonn, *Peretti*-Grafenberg, *Pfausler*-Valduna, *Rabbas*-Neustadt W./Pr., *Raecke*-Kiel, *Ranke*-München, *Rehm*-Neufriedenheim, *Römer*-Hirsau, *Römheld*-Heppenheim, *Schnorr* v. Carolsfeld-München, *Scholinus*-Pankow, *Schott*-Zwiefalten, *Schroeder*-Heidelberg, *Schüle*-Illenau, *Schütz*-Leipzig, *Schwabe*-Plauen, *Selle*-Neu-Ruppin, *Siemens*-Lauenburg, *Specht*-Erlangen, *Starlinger*-Wien, *Tesdorpf*-München, *Textor*-Hofheim, *Thomsen*-Bonn, *Tuczek*-Marburg, *Ungemach*-München, *Veit*-Berlin, *Vocke*-München, *Vogt*-Göttingen, *Wachsmuth*-Marburg, *Wagemann*-Lindenhaus, *Warda*-Blankenburg, *Weichelt*-Andernach, *Weissenrieder*-Liebenau, *Würschmidt*-Erlangen, *A. Westphal*-Greifswald, *Wolff*-Basel, *Würth*-Hofheim, *Würzburger*-Bayreuth, *Zinn*-Eberswalde. Im Ganzen 93 Theilnehmer.

Herr *Jolly* eröffnet die Versammlung um $9^1/_4$ Uhr. Am Vorstandstische nehmen die Herren *Fürstner*, *Hitzig*, *Jolly*, *Kreuser*, *Pelman*, *Siemens* Platz. Zu Schriftführern werden die Herren *H. Gudden* und *Raecke* bestimmt. Herr *Jolly* begrüsst die Vertreter der Behörden, die Mitglieder und Gäste. Herr Ob.-Med.-R. Dr. *v. Grashey* ergreift Namens der bayrischen Staatsregierung das Wort, um die Versicherung zu geben, dass die Regierung, an der Spitze der Minister des Innern Frh. *v. Feilitzsch*, der selbst Ehrendoktor der Medizin sei, den Bestrebungen des Vereins das lebhafteste Interesse entgegenbringe. Die Wissenschaft der Psychiatrie habe einen grossen Aufschwung genommen, und daran habe auch der Verein ehrenvollen Antheil. Sein Einfluss habe sich bei Fragen der Gesetzgebung auf psychiatrischem Gebiete geltend gemacht. Er habe auch bei Ausgestaltung der neuen Prüfungsordnung dahin gewirkt, dass der Psychiatrie bei den allgemeinen ärztlichen Prüfungen ein grösserer Einfluss zukomme. — Die Fürsorge für die Geisteskranken bekunde sich in Bayern in weitgehendster Weise. Das zeige die Einrichtung neuer grosser und mustergiltiger Anstalten in Oberbayern und Mittelfranken, in welch letzterem Kreise sechs Millionen für die neue Irrenanstalt aufgewendet wurden.

Herr Med.-R. Prof. *Messerer* betont als Vertreter der Kgl. Kreisregierung von Oberbayern, dass diese als Oberaufsichtsbehörde über die Kreisirrenanstalt begründetes Interesse an den Berathungen habe.

Herr Bürgermeister *v. Brunner* weist auf die Entstehung der neuen Kreisirrenanstalt Eglfing und der Universitäts-Irrenklinik hin und gedenkt der hervorragenden, verdienstlichen Arbeit, welche die Herren *v. Grashey* und *Bumm*, bei antiquierten Einrichtungen, geleistet. Die Stadt wünsche, dass die Arbeit der Psychiater von Nutzen sei, und dass nach gethaner Arbeit die Versammelten von dem gastlichen und künstlerischen München gute Eindrücke gewinnen mögen.

Der Direktor der Technischen Hochschule Herr Prof. Dr. *v. Dyck* richtet als „Hausherr" herzliche Worte an die Versammlung, die, wie vor ihr schon viele andere, dem Wohle der Menschheit ihre Arbeit widme.

Als offizielle Gäste sind ferner erschienen: Ministerialrath im Kultusministerium Dr. *Bumm*, der Generalstabsarzt der bayerischen Armee Dr. *Bestelmeyer*, der Rektor der Universität Prof. Dr. *Brentano*, die Vorstände der ärztlichen Vereine Münchens, Vertreter der Fachpresse.

Herr *Jolly* dankt den Rednern und wirft einen Rückblick auf die Geschichte und Bestrebungen des Vereins, der seit 27 Jahren nicht mehr in Bayern getagt hat.

Sodann ergreift Herr *Bumm* als Vorsitzender des Lokalkomités das Wort und weist auf den bevorstehenden Bau der psychiatrischen Klinik und die bereits in Entwickelung begriffene neue Irrenanstalt Eglfing bei München hin.

Der Vorsitzende Herr *Jolly* gedenkt der seit der letzten Tagung verstorbenen Mitglieder des Vereins. Es sind dies die Herren: *Bandorf*-Gabersee,

Binder-Zwiefalten, *Gessler*-Winnenthal, *Hansen*-Schleswig, *Langreuter*-Weilmünster, *Müller*-Blankenburg.

Die Versammlung ehrt das Andenken dieser Männer durch Erheben von den Sitzen.

Ehrende Worte der Erinnerung widmet Herr *Jolly* noch dem Andenken *Bernhard v. Gudden*'s, auf dessen Grab der Verein einen Kranz niederzu legen beschliesst.

Nun beginnt Herr *Alzheimer*-Frankfurt a. M. sein Referat über: Die Seelenstörungen auf arteriosclerotischer Grundlage.

Mit den Fortschritten in der klinischen und anatomischen Erforschung der Paralyse sehen wir häufig Versuche wiederkehren, Krankheitsbilder von ihr abzutrennen, die nur äusserliche Beziehungen zu ihr haben sollten. So erstand eine Reihe sogenannter Pseudoparalysen. Unser Wissen darüber ist aber noch ein recht unfertiges. Einige dieser Pseudoparalysen bedürfen noch einer sorgfältigeren klinischen und histologischen Bearbeitung, andere wieder, die wir schon etwas genauer kennen, wie die alte alkoholische und syphilitische Pseudoparalyse, werden wir jetzt besser mit einem positiven Namen als alkoholische Hirnatophie mit Neuritis oder Polyomyelitis superior oder als progressive Paralyse mit Hirnlues oder als Meningomyelitis luetica bezeichnen.

1891 beschrieb *Klippel* eine arthritische Pseudoparalyse. Wer die Arbeit *Klippel*'s liest, kann nicht im Zweifel sein, dass seine pseudoparalysie générale arthritique mit dem zusammenfällt, was wir später in Deutschland arteriosclerotische Hirnatrophie genannt haben. Nach der deutschen Schulmedizin sind atheromatös und arthritisch keine zusammenfallende Begriffe, wie nach einer in Frankreich verbreiteten Auffassung. So mag es wohl gekommen sein, dass *Klippel*'s Arbeit in Deutschland weniger Verständniss und Beachtung gefunden hat. In Frankreich haben *Conso* und *Pactet* auf ihr weiter gebaut und für die arteriosclerotische Hirnatrophie den Namen maladie de *Klippel* vorgeschlagen.

In Deutschland haben *Binswanger* und Referent auf der Versammlung deutscher Irrenärzte in Dresden 1894 zuerst die arteriosclerotische Hirnatrophie eingehender beschrieben und die Nothwendigkeit ihrer Abtrennung von der Paralyse betont.

Bei derselben Gelegenheit hat *Binswanger* neben der arteriosclerotischen Hirnatrophie noch eine Encephalitis subcorticalis chronica diffusa beschrieben, von der er sagt, dass sich auch bei ihr eine starke Arteriosclerose der Hirnarterien zeige, so dass die Annahme naheliegend sei, der subcorticale Faserschwund sei auf Ernährungsstörungen, verursacht durch die Arteriosclerose, zurückzuführen.

Referent hat später noch zwei weitere Erkrankungstypen, eine perivasculäre Gliose und eine senile Rindenverödung, als durch Arteriosclerose bedingt, geschildert.

Die Encephalitis subcorticalis *Binswanger's*, die senile Rindenverödung, die perivasculäre Gliose sind, wie die anatomische Untersuchung ausweist, nur als Unterformen der arteriosclerotischen Hirnatrophie anzusehen. Beim menschlichen Gehirn liegen die Verhältnisse eben anders wie bei andern Körperorganen. Für den klinischen Effect erscheint es nicht wesentlich verschieden, ob eine halbe Niere im Ganzen zu Grunde geht, oder tausend miliare Herde das Nierengewebe durchsetzen, falls nur die gleiche Zahl Glomeruli und Epithelien funktionstüchtig geblieben ist. Bei den komplizirten physiologischen und anatomischen Verhältnissen des Gehirns scheint es häufig vorzukommen, dass bald da, bald dort die Gefässe erheblicher an Arteriosclerose erkranken und die verschiedene physiologische Bedeutung der dabei in Mitleidenschaft gezogenen Hirnpartien kann dann klinische Bilder verursachen, die so wenig Aehnlichkeit mit einander haben, dass es schwer wird, die Symptome der Hirnarteriosclerose zusammenfassend zu schildern.

An die bisher erwähnten Formen, die im Wesentlichen auf die Grosshirnhemisphären beschränkt bleiben können, schliessen sich andere Fälle an, welche von *Jacobsohn* als schwere Form der Arteriosclerose des Centralnervensystems beschrieben worden sind. Der Process der arteriosclerotischen Gefässentartung spielt sich hier im Wesentlichen um die Gefässe der Stammganglien und der Medulla oblongata ab (arteriosclerotische Bulbärparalyse). Bei unserer heutigen Betrachtung interessiren uns die Fälle nur soweit, als sie sich mit den arteriosclerotischen Erkrankungen der Hemisphären kompliziren können. Nur aus demselben Grunde soll auch der arteriosclerotischen Neuritis Erwähnung geschehen.

Die Stammganglien und die Region der inneren Kapsel sind eine Prädilektionsstelle der atheromatösen Gefässerkrankung, besonders auch der Blutungen. Nach solchen entwickelt sich oft ein eigenthümliches Krankheitsbild, die Dementia post apoplexiam. Die histologische Untersuchung lehrt, dass für die Demenz nicht die Apoplexie als solche, sondern in den Hemisphären auftretende arteriosclerotische Herde verantwortlich gemacht werden müssen. Dafür spricht neben dem histologischen Befund schon sehr der Umstand, dass es offenbar hierhergehörige Fälle giebt, bei denen sich die Demenz schon vor der Apoplexie bemerkbar zu machen begann.

Die bisher aufgeführten arteriosclerotischen Erkrankungsformen zeigten einen ausgesprochen progressiven Charakter, diesen gegenüber nehmen andere, zweifellos auch durch Arteriosclerose bedingte Fälle eine gewisse Sonderstellung ein, weil sie wenig Progredientes in ihrem Verlauf zeigen, und zumeist nur Symptome bieten, die sich in der Grenze dessen halten, was man gemeiniglich als nervös bezeichnet. Sie sind seltener in Anstalten, aber häufig in der Praxis zu sehen. Neuerdings hat *Windscheid* wieder die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt.

Endlich gehören noch in den Bereich der Betrachtung Fälle, welche man als arteriosclerotische Epilepsie bezeichnen kann. Unter der Bezeichnung Spätepilepsie hat man Fälle von ganz verschiedener Bedeutung zusammengefasst. Nur ein Theil derselben bilden diejenigen Fälle, welche als durch Arteriosclerose verursacht angesehen werden müssen.

Es sollte hier nicht über alle Arbeiten berichtet werden, die sich mit der Arteriosclerose des Gehirns beschäftigt haben, sondern nur das Gebiet begrenzt werden, mit dem sich die nachfolgenden Darlegungen beschäftigen sollen.

Wir werden nun zweckmässig von einer kurzen Betrachtung der Arteriosclerose überhaupt ausgehen.

So fällt die Aetiologie der arteriosclerotischen Hirnerkrankungen mit der Arteriosclerose überhaupt zusammen. Statistische Zusammenstellungen, namentlich die grösser angelegte Arbeit *Edgreen*'s, haben uns einige bestimmtere Aufschlüsse über die Ursachen der Arteriosclerose gebracht. Zweifellos ist die Syphilis ein Faktor von der allergrössten Bedeutung. Nach meinen eingehenden Untersuchungen lässt sich die Arteriosclerose nach Syphilis von der Arteriosclerose aller Wahrscheinlichkeit nach nicht syphilitisch gewesener Personen ebensowenig histologisch unterscheiden, wie die Arteriosclerose der Paralytiker und Nicht-Paralytiker. Jedenfalls ist von den in verhältnissmässig frühen Jahren mit Anzeichen der Arteriosclerose Erkrankten ein grosser Procentsatz früher nachweislich luetisch gewesen. Chronische Säufer erkranken nicht immer, aber häufiger als der sonstige Durchschnitt an Atheromatose. Es giebt Familien, in denen eine besondere Disposition zur Arteriosclerose angenommen werden muss. Hirne von Senilen sind selten, aber zuweilen frei von Arteriosclerose. Die senilen Gefässerkrankungen decken sich nicht durchwegs mit den arteriosclerotischen, die senile Demenz ist keine rein atheromatöse Erkrankung.

Die Atheromatose ist in erster Linie eine Erkrankung der Arterien, aber auch der Venen. Sie entwickelt sich im Allgemeinen schleichend und chronisch, zuweilen aber auch recht rasch. Sie führt zu Verdickungen, zu Elasticitätsverlust der Gefässwand, zur Verengung des Gefässlumens, zu Verschluss des Gefässes, zu Aneurysmenbildung und Ruptur, und damit zu Störungen bis zur völligen Aufhebung des Blutkreislaufes im Gebiet des erkrankten Gefässes.

Die atheromatöse Erkrankung kann mehr oder minder alle Gefässe des Körpers betreffen, aber auch im Wesentlichen auf die Gefässe eines Organes oder Organsystems beschränkt sein. Nach den sechziger Jahren tritt sehr häufig ein leichter Grad von Arteriosclerose des Gefässsystems ein. Die Arteriosclerose des hohen Alters pflegt am häufigsten das ganze Gefässsystem zu befallen, während die frühzeitig auftretende Arteriosclerose häufiger auf einzelne Gefässgebiete beschränkt bleibt. Dabei kommt es dann oft zu ganz besonders intensiven Gefässerkrankungen bis in die kleinen und kleinsten Gefässe hinein, oft verbunden mit der neuerdings

wieder von *Weber* beschriebenen hyalinen Degeneration, die zu der Arteriosclerose mancherlei Beziehungen aufweist.

Wird schliesslich durch die Entartung des Gefässes die Blutversorgung eines bestimmten Gebietes unmöglich gemacht, so tritt eine Erweichung des letzteren ein, Glia und nervöses Gewebe verfallen der Nekrose, vom Rand des Erweichungsherdes her bilden sich neue Gefässe, Zellen, die aus den Gefässen stammen, sogenannte Körnchenzellen, treten in Masse auf, beladen sich mit den Zerfalltrümmern, zerfallen dann schliesslich selbst, während ein Wall von neugebildeten Gliagewebe die erkrankte Partie von der gesunden abgrenzt.

Bei den arteriosclerotischen Erkrankungen des Gehirns kommt es aber gewöhnlich nicht zu einer völligen Erweichung. Die Blutversorgung stockt nicht völlig, wird aber immerhin so gestört, dass das empfindliche nervöse Gewebe langsam und theilweise zu Grunde geht, während die Glia wuchert. Dabei findet häufig eine Neubildung von Gefässen statt, und im Gewebe treten, nicht in dichten Maassen, aber vereinzelt, überall dieselben Körnchenzellen auf, wie bei der Erweichung. Histologisch betrachtet, stellen also die arteriosclerotischen Erkrankungsherde Herde einer unvollkommenen Erweichung dar. Daraus ergiebt sich schon die enge Verwandtschaft der encephalo-malacischen und thrombotischen Erweichungsherde zu der arteriosclerotischen Hirnerkrankung. In physikalischer Beziehung, für den Druck des Fingers und das schneidende Messer, imponiren die arteriosclerotischen Herde wohl in Folge der starken Wucherung des Stützgewebes eher als eine Verhärtung. In vielen Herden sind aber die Veränderungen nur so leichte, dass sie erst unter dem Mikroskop hervortreten.

Nicht unwichtig als Stütze für die Diagnose der arteriosclerotischen Hirnerkrankung können gleichzeitig bestehende somatische Erscheinungen der Atheromatose werden. Recht häufig führt die Erschwerung des Blutkreislaufes zu einer Vergrösserung des Herzens und zu einer Verstärkung des zweiten Aortentones. Da, wo die Arteriosclerose nicht auf das Gehirn beschränkt bleibt, werden wir geschlängelte und harte Arterien (Carotiden, Temporales und Radiales) antreffen. Zuweilen finden wir die Symptome der Coronararteriensclerose. Von noch grösserer Wichtigkeit als die Veränderunger an den peripheren Arterien sind die sichtbaren Veränderungen an den Gefässen der Retina, welche mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf eine gleichzeitige Erkrankung der Hirngefässe hinweisen.

Weitere Erwähnung verdient die arteriosclerotische Schrumpfniere. Auch Diabetes ist eine nicht ganz seltene Begleiterkrankung der Hirnarteriosclerose. Die Psychosen in Begleitung des Diabetes sind zu einem hohen Procentsatz arteriosclerotische.

So wichtig nun alle diese körperlichen Begleiterscheinungen zur Ergänzung der Diagnose werden können, sie können fehlen, weil die Arteriosclerose hauptsächlich auf die Hirngefässe beschränkt geblieben ist, und sie

können andererseits in der vollendetsten Ausbildung vorhanden sein, während die begleitende psychische Krankheit sich als eine einfache Paralyse oder senile Demenz ausweist.

So können schliesslich allein die Symptome von Seiten des Centralnervensystems die Diagnose der arteriosclerotischen Hirndegeneration sichern. Wie der histologische Befund der Hirnarteriosclerose ein durchaus spezifischer und eigenartiger ist, so ist auch das klinische Symptomenbild ein so wohl charakterisirtes, dass in den allermeisten Fällen die Diagnose intra vitam mit aller Sicherheit gestellt werden kann.

Nun können wir zur Betrachtung der einzelnen Formen der Hirnarteriosclerose übergehen.

Die leichteste, nennen wir sie nervöse Form der Arteriosclerose ist, wie auch *Windscheid* angiebt, im Wesentlichen charakterisirt durch rasche psychische, vielfach auch körperliche Ermüdbarkeit, Gedächtnissschwäche, Kopfschmerz und Schwindelanfälle.

Schon zu Beginn der vierziger Jahre kann man das fertige Krankheitsbild beobachten; die meisten meiner Kranken waren zwischen dem 50. und 65. Jahre. Herzhypertrophie und Nierenschrumpfung stärkeren Grades fehlen häufig. Die Kranken werden oft reizbar, zu anhaltender Arbeit, zur Weiterführung ihrer Berufsgeschäfte unfähig. Eine geistige Thätigkeit erscheint nur mehr in ganz eingeschliffenen Bahnen möglich, die geistige Produktivität ist erlahmt. Die Ermüdbarkeit macht sich meist sehr augenfällig bemerkbar, schon wenn man sich mit dem Kranken unterhält, die Merkfähigkeit prüft, ihn nur kurze Zeit rechnen lässt. Gewöhnlich wird sie auch von dem Kranken selbst sehr unangenehm empfunden.

Dasselbe gilt für die Gedächtnissschwäche. Manchmal klagt der Patient sehr darüber, ohne dass es möglich ist, sie mit den gewöhnlichen Methoden nachzuweisen. Es ist dann wohl mehr eine subjektive Empfindung der Erschwerung des Zurückrufens einzelner Vorstellungen als ein Ausfall. Jedenfalls ist die Reaktionszeit oft messbar verlängert. Manchmal gelingt es dem Kranken, auf Umwegen das zunächst nicht zugängliche Erinnerungsbild zu finden. Besonders leidet das Namen- und Zahlengedächtniss unserer am wenigsten fest im Gedächtniss verankerten Erinnerungsbilder, am stärksten im Bereich der Merkfähigkeit, aber auch bezüglich der alten Erinnerungen.

Der Kopfschmerz wird gewöhnlich in der Stirne, selten am Scheitel oder Hinterkopf als Druck- oder Benommenheit, oft von quälender Intensität geschildert. Häufig ist er dauernd, in einem Falle verschwand er jedesmal im Laufe des Tages. Ein Kranker klagte regelmässig über Zunahme der Kopfschmerzen bei der Defäkation.

Die Schwindelanfälle treten spontan, oder aber bei plötzlicher Veränderung der Körperlage, beim Verlassen des Bettes, bei körperlichen und geistigen Anstrengungen ein.

Oft wird über Flimmern vor den Augen, manchmal über Ohrensausen geklagt. Wie *Windscheid* bemerkt, wird Alkohol in der Regel schlecht vertragen.

Bei immer wiederholten Prüfungen der Kranken tritt eine auffallende Schwankung in der Intensität der Erscheinungen zu Tage. Manchmal habe ich auch eine deutliche Erschwerung in der Auffindung etwas fernerliegender Sachbezeichnungen, z. B. bei der Betrachtung der Bilderbücher, als vorübergehendes Symptom bemerkt; ebenso auch eine auffallende Erschwerung des Wortverständnisses (psychische Schwerhörigkeit). Ich will nicht weitergehen in der Aufzählung solcher Einzelbeobachtungen, da deren klinische Bedeutung noch an weiteren Fällen studirt werden muss.

Wohl stets besteht klare Krankheitseinsicht, meist sogar eine ausgesprochene Furcht, blödsinnig zu werden. Die Symptome erscheinen weitgehender Rückbildung fähig, bleiben aber oft Jahre lang stabil. Der Tod erfolgt schliesslich an Apoplexie, Koronararteriensclerose oder an interkurrenten Erkrankungen, aber wie es scheint selten dadurch, dass die Krankheit in eine der schweren progredienten Formen übergeht.

In einigen Fällen fanden sich bei der Sektion kleine Erweichungen, welche ich aber nicht als die alleinige Ursache der klinischen Erscheinungen ansprechen möchte. In einem Gehirn fehlten sie auch völlig. Die Pia war hier leicht verdickt, stark hyperämisch, besonders die Venen stark erweitert. Die Arterien zeigten schwere arteriosclerotische Veränderungen. Das Gehirngewicht war ein hohes, die Windungen kaum verschmälert, die Rinde kaum atrophisch. In Rinde, Mark und Ganglien zeigten sich viele stark erweiterte perivasculäre Räume. Die Glia war in der Umgebung dieser Räume und in direkter Nachbarschaft der Gefässe erheblich verdichtet. Die Gefässe waren in den Markleisten vielfach von Reihen neugebildeter Spinnenzellen begleitet, überhaupt schien die Glia in der Markleiste etwas vermehrt.

Die Ganglienzellen der Rinde zeigten eine erhebliche Pigmentatrophie, ihre Schichtung aber war ganz normal; Körnchenzellen fanden sich nirgends. Spinnenzellen lagen vereinzelt in den tieferen Theilen der Rinde, in der Oberflächenschicht war die Glia vermehrt. Nirgends fanden sich Anzeichen eines grösseren Ausfalls von Ganglienzellen oder Markscheiden. Vielleicht waren letztere in der Nachbarschaft einzelner Gefässe etwas gelichtet.

Nach dem histologischen Befund fehlen also schwere Ausfälle im nervösen Gewebe. Die wesentlichen Erscheinungen lassen sich wohl erklären durch Stauungserscheinungen in der Blutcirkulation. Nirgends waren die Cirkulationsstörungen so erhebliche, dass ein umfangreicher Untergang nervöser Substanz eingetreten wäre.

In der zweiten Gruppe wollen wir die Fälle von schwerer progressiver arteriosclerotischer Hirndegeneration zusammenfassen.

Bei der gewöhnlichen Form der arteriosclerotischen Hirnatrophie beginnt die Krankheit mitunter ähnlich wie bei der nervösen Form mit Kopfschmerz, Schwindelanfällen und Gedächtnissschwäche. Bald aber treten

chwere psychische Erscheinungen auf, wenn die Krankheit nicht schon nit solchen eingesetzt hat. Manchmal macht sich eine unzufriedene, reinerliche Stimmung, manchmal Ausbrüche von Gereiztheit, unbeugsamer Starrsinn, auch Zustände von rathloser Unruhe bemerkbar. Recht häufig kommt es dann zu einer auffälligen Schlaffheit, einem ganz stumpfen apathischen Verhalten. Wenn man sich eingehender mit dem Kranken beschäftigt, kann man ersehen, dass es sich dabei nur zum kleineren Theile um wirkliche Ausfälle handelt. Ursache des apathischen Verhaltens ist die ausserordentliche Erschwerung der Auffassung, des Gedankenablaufes, der Reproductionsthätigkeit. Der Zustand zeigt erhebliche Schwankungen, plötzlich überrascht der Kranke wieder durch treffende Bemerkungen über seine Person, Verhältnisse, Lage und Umgebung. Der rasche Wechsel ist höchst frappirend. Allmählich aber kommt es zu immer tiefer greifenden wirklichen Ausfällen. Die Merkfähigkeit erscheint schwer gestört. Von dem Gebiete der alten Erinnerungen sind oft noch grosse Inseln erhalten, zu denen man oft erst durch umständliche Fragen gelangt. Dabei macht sich oft eine grosse Ermüdbarkeit bemerkbar. Die Interessen des Kranken schlafen immer mehr ein, aber manchmal weckt z. B. ein Besuch der Angehörigen wieder Vorstellungen und Empfindungskreise, die man schon lange erloschen glaubte. Die Stimmung des Kranken ist meist leer, exaltirte Stimmung habe ich bis jetzt nie, eine weinerlich deprimirte oft gesehen. Sinnestäuschungen und Wahnbildungen treten meist nur in den vorübergehenden Erregungszuständen auf. Grössenideen habe ich im Gegensatz zu *Klippel* nie beobachtet. Allmählich kommt es zu immer tieferer, stumpfer Verblödung, endlich bleiben auch diese tiefen Demenzzustände noch eigenartig, der geistige Zerfall ist kein gleichmässiger, einzelne Teile der früheren Persönlichkeit bleiben auffällig lange erhalten.

Der Krankheitsverlauf wird in den meisten Fällen unterbrochen durch häufige Anfälle, welche in ausserordentlich vielfacher Gestalt auftreten können. Bald sind es nur Schwindelanfälle, bald leichtere, bald schwerere epileptiforme oder apoplektiforme Anfälle. Man beobachtet darnach bei eingehender Untersuchung zuweilen Andeutungen von Herdsymptomen, asymbolisches Verhalten, Ausfälle in der Sprache, im Gesichtsfeld, kortikale Bewegungsstörungen. Oder auch die Anfälle spielen sich im rein psychischen Gebiete ab als vorübergehende Zustände von Benommenheit, Rathlosigkeit, als hallucinatorische Erregungszustände, als Verwirrtheit mit tobsüchtiger Erregung.

Die Krankheitseinsicht ist oft auffällig lange erhalten. Ich bin ganz blödsinnig geworden, pflegte mit Thränen in den Augen ein Kranker zu antworten, wenn man ihn etwas fragte. Selbst Kranke, die zum Sprechen nicht mehr fähig sind, sah ich nach der Stirn deuten, um ihre Unfähigkeit, aufzufassen und zu antworten, zu erklären.

Oefters habe ich bei solchen Kranken von Anfang an eine schwere melancholische Verstimmung, heftige Angstzustände gesehen, die fast den

ganzen Krankheitsverlauf über anhielten, wenn auch die Angstäusserunge im letzten Stadium der Krankheit weniger von Affekt begleitet, meh stereotyp zu sein schienen. Manchmal ging einer später ganz typische arteriosclerotischen Erkrankung ein längeres rein melancholisches Krank heitsbild voraus. Ob es sich dabei um Komplikationen seniler oder prä seniler Melancholien mit arteriosclerotischer Hirnentartung handelt, ode ob diese Depressionszustände nur als ein Symptomenbild ein Verlauf de Gehirnarteriosclerose aufzufassen sind, möchte ich noch nicht entscheiden

Die Pupillen verlieren jedenfalls selten ihre Reactionsfähigkeit, di Sprache ist meist gestört, und zwar mehr wie beim Apoplektiker als bein Paralytiker. Hemiparesen sind nicht selten als Folgen kleiner Kapsel herde.

Das Alter meiner Fälle schwankte zwischen 52 und 64 Jahren, di Krankheitsdauer zwischen 1 und 6 Jahren. Der Tod erfolgte durch Ge hirnlähmung, Apoplexie, Herzlähmung, Nierenschrumpfung, Pneumonie ode Coma diabeticum.

Die Section ergiebt oft eine recht erhebliche Gewichtsabnahme de Gehirns, bei oft nur sehr wenig verschmälerten Windungen: die Gefäss sind, soweit sie vom Auge verfolgt werden können, stark atheromatös, di Pia ist gewöhnlich nur mässig verdickt, lässt sich stets leicht abziehen die Ventrikel stark dilatirt, Ependymgranulationen selten.

Auf Querschnitten durch die Hemisphären fallen die oft enorm er weiterten Gefässlücken auf. Das Mark ist gewöhnlich derber als normal zeigt statt des weissen oft einen mehr grau durchscheinenden Farbenton besonders bemerkt man eine strichförmige graue Verfärbung in der Rich tung des Verlaufs der Gefässe. Hin und wieder begegnet man auch miliaren Erweichungen und kleinen Capillaraneurismen.

Im Gebiete der Stammganglien und der inneren Kapsel sieht man of einen ausgesprochenen état criblé; wohl am regelmässigsten zeigt sich da Mark des corpus dentatum des Kleinhirns degenerirt, grau, tief einge sunken.

Bei der mikroskopischen Untersuchung vorgeschrittener Fälle findet man leichte Veränderungen über die ganzen Hemisphären verbreitet. So ist die Glia der Oberflächenschicht regelmässig etwas vermehrt, die Ganglienzellen sind in der Regel stark fettig pigmentös entartet. Nestern von Spinnenzellen, meist um Gefässe geordnet, begegnet man nahezu in jedem Schnitt. Nirgends jedoch, abgesehen von den Herden, findet man die Architektur der Hirnrinde gestört, ein Ausfall von Markfasern ist kaum nachzuweisen. Ueberall aber zerstreut in Rinde, Mark und Stammganglien findet man arteriosclerotische Herde. Regelmässig liegt in der Mitte derselben ein besonders hochgradig entartetes Gefäss. In den Herden beobachtet man die verschiedensten Grade der Erkrankung. An einzelnen ist nur eine leichte Wucherung der Glia bemerkbar, während man regressive Veränderungen an der nervösen Substanz kaum wahrnimmt. In andern

ist alles nervöse Gewebe zu Grunde gegangen und ein derbes Gliageflecht, in welchem mit Zerfallsprodukten beladene Körnchenzellen liegen, an seine Stelle getreten. Da diese Körnchenzellen sich mit Osmium schwärzen, kann man mit der Marchimethode die Herde am übersichtlichsten darstellen.

Wird das erkrankte Gefäss in seiner Verlaufsrichtung getroffen, so läuft der Herd lang gestreckt zu beiden Seiten des Gefässes hin, ist das Gefäss quer geschnitten, so erhält man rundliche Herde oder solche mit zackigen Rändern. Meist verliert sich der Herd allmählich in die Umgebung. In den stark erweiterten Lymphräumen der Gefässe beobachtet man oft die Entwicklung eines förmlichen reticulären Bindegewebes, zwischen welchem Körnchenzellen, Blutpigmentreste und allerlei Detritus gelegen ist.

Wie schon erwähnt kommen durch besondere Lokalisation der arteriosclerotischen Gefässerkrankung klinisch und anatomisch wesentlich abweichende Formen der Gehirnarteriosclerose zustande. Eine der typischsten ist die Encephalitis subcorticalis chronica Binswangers. Es handelt sich dabei um eine besonders schwere arteriosclerotische Erkrankung der langen Gefässe des tiefen Markes und um eine oft die höchsten Grade erreichende Atrophie des tiefen Marklagers der Hemisphäre. In besonders typischen Fällen sind die Rinde und die unmittelbar unter der Rinde gelegenen kurzen Associationsbahnen frei von Erkrankung, während das ganze übrige Mark schwer erkrankt ist. So könnte man beinahe von einer Systemerkrankung reden. Oft gesellt sich dazu das Bild der schweren Arteriosclerose im Sinne *Jacobsohn's*.

Klinisch erscheint auch hier die auffällige Erschwerung der Gedankenverbindung als eines der ersten und augenfälligsten Symptome. Meist machen sich dann frühzeitig schleichend auftretende, langsam zunehmende Ausfälle in der Sprache bemerkbar. Oft geht den wirklichen Ausfällen eine Erschwerung sprachlicher Associationen voraus. Bald wird das Krankheitsbild durch Anfälle komplicirt: Schwindelanfälle, ausgebildete epileptische Anfälle, apoplektiforme Insulte. Sie sind manchmal von Erregungs- und Verwirrtheitszuständen gefolg, häufig auch von cerebralen Herderscheinungen, Einschränkungen des Gesichtsfeldes, Asymbolie, motorischen und sensorischen Aphasien, Agraphien, Monoplegien. Diese Erscheinungen können grösstentheils schwinden, um bald wieder stärker aufzutreten und schliesslich stationär zu bleiben. Manchmal entwickeln sich schleichend, manchmal plötzlich, ohne Betheiligung der Psyche, Störungen in der Spracharticulation und Hemiparesen. Die Herderscheinungen repräsentiren oft ungemein isolirte, beschränkte Ausfälle und ihr Studium verspricht uns sicherlich noch mancherlei interessante Aufschlüsse. Oft besteht ein krampfhaftes Weinen, hin und wieder stereotypes Schreien. Nach längerem Verlauf ist besonders charakteristisch für diese Erkrankungsform, dass gewöhnlich gleichzeitig die verschiedensten corticalen Herderscheinungen nachweisbar sind; allerdings weisen sie meist nur auf par-

tielle Störungen in den betreffenden Rindengebieten hin und wechseln oft in ihrer Intensität, man findet motorische und sensorische Ausfälle in der Sprache, corticale Lähmungen, Gesichtsfelddefekte; auch die von *Pick* beschriebene Störung der Tiefenlocalisation habe ich zweimal beobachtet.

Gleichzeitig bestehen oft Hemiparesen, welche auf Kapsel- und Brückenherde zurückzuführen sind. In drei Fällen sah ich eine auffällige Schwierigkeit in der Coordination der Augenbewegungen, ohne dass eine ausgesprochene Lähmung bestand. Die Pupillen reagiren öfters prompt bis zum Tode, doch sah ich einige Male früh Licht- und Akkomodationsstarre eintreten. Die Sprache ist häufig auffallend verlangsamt, monoton, es besteht oft Silbensprechen.

Die Krankheitseinsicht ist auch hier auffällig lange erhalten und trotz eines anscheinend schon tiefen geistigen Verfalls macht der Kranke gelegentlich Bemerkungen, die auf eine gewisse Erkenntniss seiner traurigen Lage hinweisen. Schliesslich allerdings entsteht ein Blödsinn, der, wie *Binswanger* recht zutreffend bemerkt hat, an den der grosshirnlosen Versuchsthiere erinnert. Und dieser Zustand kann noch Jahre lang bestehen. Einzelne Fälle führen auch in einigen Monaten zum Tode.

Bei der Section dieser Fälle vermisst man die Erweichungsherde, welche man nach den klinischen Erscheinungen hätte erwarten sollen. Die Pia ist meist nur mässig getrübt, die Windungen oft nur wenig verschmälert, aber tief eingesunken. Die Rinde ist auffällig gut erhalten, das Mark aber, wie schon erwähnt, ungemein verschmälert, im ganzen von einem graulichen Farbenton, oft von derberen, graueren, mehr durchscheinenden Flecken durchsetzt. Die Ventrikel sind nach langer Krankheitsdauer ganz enorm erweitert. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich die Rinde an den meisten Stellen auffallend gut erhalten, hin und wieder finden sich auch Ausfälle in einzelnen Schichten, es bleibt aber eine merkwürdige Erscheinung, wie wenig im Nisslpräparat die Rinde afficirt erscheinen kann, wenn schon der grösste Theil des Markes zu Grunde gegangen ist. Allerdings sind auch die eigentlichen Markleisten der Windungen und die kurzen Associationsbahnen in der Regel erhalten. Das tiefere Mark fehlt an vielen Stellen ganz, an anderen ist es stark gelichtet. Namentlich durch die Glia- und Marchimethode lässt sich nachweisen, dass mehr oder minder zahlreiche Herde das Mark durchziehen, die dann wieder Ursache ausgebreiteter sekundärer Degenerationen geworden sind. Die Glia ist an den ursprünglichen Herden am stärksten vermehrt, hier finden sich auch die Körnchenzellen am dichtesten angehäuft. Aber gewöhnlich ist im ganzen tiefen Mark das Stützgewebe erheblich gewuchert, und überall liegen Körnchenzellen dazwischen.

Wie schon erwähnt, findet man in der Regel bei diesen Fällen auch Herde in der inneren Kapsel, im Linsenkern, Thalamus und besonders regelmässig in der Brücke im Gebiet der Pyramidenbahn. Diese kann dadurch in den allerverschiedensten Höhen ihres Verlaufs, bald im Centrum

semiovale, bald in der inneren Kapsel, bald auf ihrem Durchtritt durch die Brücke Unterbrechungen erleiden, sodass nahezu regelmässig im Rückenmark beide Pyramidenseiten- und Vorderstränge gelichtet oder mit Zerfallsschollen erfüllt sind, das eine System gewöhnlich stärker als das andere. Deshalb finden wir auch in der Regel eine Steigerung der Patellarreflexe, und zwar gewöhnlich auf der einen Seite stärker als auf der anderen. Ganz regelmässig sind auch in der Brücke die Faserbündel der crura cerebelli ad pontem in Mitleidenschaft gezogen, seltener die Schleife.

In einem Fall fanden sich noch in den grauen Vorderhörnern des Cervical- und Dorsalmarks solche Herde. Ihnen entsprachen isolirte Atrophien in der Musculatur des Armes.

So ungemein charakteristisch das Bild der subcorticalen chronischen Encephalitis in histologischer Beziehung ist, in klinisch differentialdiagnostischer Hinsicht macht es manchmal erhebliche Schwierigkeiten. Hauptsächlich kommen dabei zwei Krankheitsformen in Betracht:

1. die atypische Paralyse *Lissauer's* und
2. gewisse senile Psychosen mit Herderscheinungen.

Wir werden noch später darauf zu sprechen kommen. Einen gewissen Gegensatz zu der Encephalitis subcorticalis stellt die Unterform der Hirnarteriosclerose dar, welche ich als senile Rindenverödung beschrieben habe. Bei dieser spielt sich der Erkrankungsprocess um die kurzen Gefässe ab, welche aus der Pia in die Rinde eintreten. Hier ist also nicht das Mark, sondern die Rinde der Sitz der Erkrankung. Da sich diese Form vorzugsweise im hohen Alter und öfters mit Dementia senilis complicirt findet, habe ich sie früher als senile Rindenverödung bezeichnet. Nachher habe ich aber auch einige Fälle aus früheren Jahren kennen gelernt. Typisch für die Erkrankung ist das Auftreten kleiner keilförmiger Herde in der Rinde, wobei die Basis des Keils der Hirnoberfläche aufsitzt. Einzelne Herde liegen auch tiefer in der Rinde. Ganglienzellen und Markfasern sind im Bereich des Herdes zu Grunde gegangen, der ganze Herd besteht aus einem dichten Gliafilz. Hin und wieder findet man auch capillare Erweichungen zwischen den Herden. Die Herde liegen oft dicht neben einander, gewöhnlich aber nur im Bereich einiger Windungen, wie man sich überzeugen kann, im Verbreitungsgebiet einer grösseren Arterie. Da die Herde etwas unter das Niveau der Oberfläche einzusinken pflegen, zeigen die meist erheblich atrophischen Windungen zahlreiche punktförmige Einziehungen. Auffallender Weise findet man Herde der beschriebenen Art nie bei den anderen Formen der Hirnarteriosclerose.

Wieder eigenartige Formen sind schliesslich die, welche ich als perivasculäre Gliose beschrieben habe. Die histologischen Veränderungen bei derselben sind leicht verständlich. Wenn eine der grösseren Arterien, welche die Hemisphäre mit Blut versorgen, z. B. die arteria cerebri ant. oder post., oder die arteria fossae Sylvii, oder einer ihrer Aeste thrombosirt, so ist die Folge davon die Erweichung des zugehörigen Ge-

bietes. Unter bestimmten Umständen kommt es aber offenbar nicht zu einem völligen Verschluss, sondern zu einer so hochgradigen Verengung des Arterienrohres, dass der Blutkreislauf unzureichend wird. Am ehesten leidet darunter das nervöse Gewebe, das offenbar die höchsten Anforderungen an die Ernährung stellt, es verändert sich regressiv und verfällt schliesslich dem Untergange, während das Stützgewebe noch zur Wucherung angeregt wird. Deshalb finden wir im Verbreitungsgebiet derartig schwer entarteter Arterien fleckweisen Untergang der nervösen Substanz und herdförmige Gliawucherungen an den Gefässen entlang. Deswegen habe ich die Veränderung perivasculäre Gliose genannt. Die Herde liegen sowohl im Mark wie in der Rinde; sie sind beschränkt auf einzelne oder mehrere Windungen, die nach ihrer Lage übereinstimmen mit der gewöhnlichen Lage der Erweichungsherde.

Die perivasculäre Gliose ist besonders deswegen interessant, weil sie uns wieder auf die engen Beziehungen hinweist, die zwischen den arteriosclerotischen Erkrankungen, wie sie jetzt geschildert worden sind, und den auf Gefässverschluss und Thrombose zurückzuführenden Erweichungsherden des Gehirns bestehen, die ja in weiterem Sinne auch mit zu den arteriosclerotischen Erkrankungen gehören. Da es sich dabei um viel bekanntere Dinge handelt, wollen wir uns mit dieser Erwähnung begnügen.

Die senile Rindenverödung, wie die perivasculäre Gliose stellen also Erkrankungsformen dar, die sich auf umgrenzte Windungsbezirke beschränken, während das übrige Gehirn ohne erhebliche pathologische Veränderungen sein kann. Wie erwähnt, combinirt sich die senile Rindenverödung aber oft mit Dementia senilis. Die klinischen Erscheinungen bei diesen beiden Formen ähneln deswegen sehr den Symptomen isolirter Erweichungsherde, nur die langsame Entwicklung der Ausfallserscheinungen, häufige leichte apoplektiforme Insulte mit nachfolgenden, bald wieder zurückgehenden Reizerscheinungen haben mich öfter schon intra vitam die Diagnose richtig stellen lassen.

Warum nun in dem einen Falle trotz erheblicher Arteriosclerose der Hirngefässe keine Herde im Gehirn auftreten, wie bei der sogenannten nervösen Form, warum im andern Fall bald da, bald dort in Rinde und Mark, oder nahezu ausschliesslich im Mark, oder wieder ausschliesslich in der Rinde arteriosclerotische Herde entstehen, dafür haben wir bis jetzt keine Erklärung.

Nun giebt es typische Fälle von den beschriebenen Formen, es giebt aber auch Mischfälle. Es giebt ferner Fälle, welche mit Erweichungsherden complicirt sind. Es wäre bei diesen natürlich wenig angebracht, etwa alle vorhandenen Ausfallssymptome auf die Erweichungsherde zurückzuführen. Gerade die Kenntnis der arteriosclerotischen Erkrankungen muss uns zur Vorsicht mahnen, allein aus dem makroskopischen Befunde Schlüsse von dem Herd auf die Ausfallssymptome zu ziehen. Sehen wir doch, dass die

arteriosclerotische Hirnerkrankung ohne makroskopisch sichtbare Herde die mannigfachsten und schwersten Herdsymptome veranlassen kann.

Schliesslich giebt es auch Fälle, und ich habe zwei ganz zweifellose gesehen, wo eine schwere arteriosclerotische Hirnerkrankung mit Paralyse complicirt ist. Das führt uns zur Differentialdiagnose der arteriosclerotischen Hirnerkrankungen. Wenn wir diese erschöpfend behandeln wollten, müssten wir sehr zahlreiche Krankheitsformen heranziehen. Ich will deswegen nur die Differentialdiagnose zur Paralyse und senilen Demenz erörtern, die weitaus am häufigsten in Frage kommt.

Was zunächst die anatomische Seite der Frage anbelangt, so sind wir jetzt so weit, einen spezifischen Befund sowohl für die Paralyse, wie für den Altersblödsinn zu kennen. Man kann also sowohl die Dementia senilis wie die Dementia paralytica aus den Gewebsveränderungen allein diagnosticiren. Jedenfalls unterscheiden sich von beiden die Veränderungen, die wir bei der arteriosclerotischen Demenz finden. Es sind hier allein Herde, die um schwer erkrankte Gefässe angeordnet sind, Herde, in welchen ein Ausfall von Ganglienzellen und Nervenfasern eingetreten ist, die Glia mehr oder weniger gewuchert ist und fast niemals Anhäufungen von Körnchenzellen vermisst werden. Die Richtung der Herde, die durch den Gefässverlauf bestimmt wird, giebt dem arteriosclerotischen Degenerationsprocess etwas ungemein Charakteristisches. Die Herde veranlassen oft ausgedehnte secundäre Degenerationen. Ausserhalb der Herde und der durch secundäre Degeneration veränderten Stellen ist das Gewebe im Wesentlichen normal. Selbst in den allerschwerst erkrankten Gehirnen finden sich noch ausgedehnte Bezirke mit völlig normaler Architektonik der Hirnrinde. Dagegen muss man festhalten, dass der Degenerationsprocess bei der Paralyse und der senilen Demenz, wenn hier auch einzelne Hirnpartien in stärkerem Masse erkranken, doch, wie die feinsten Untersuchungsmethoden ausweisen, ein im wesentlichen diffuser ist.

Auf diese anatomische Verschiedenheit gründet sich, wie das schon *Binswanger* ausgesprochen hat, auch die Möglichkeit einer klinischen Abtrennung. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die verschiedenen Geisteskrankheiten, welche zur Verblödung, das heisst zu dauernden psychischen Ausfällen führen — die Paralyse, die senile Demenz, die Epilepsien, manche Depressionszustände, jugendliche Verblödungspsychosen —, jede eine eigenartige charakteristische Blödsinnsform bilden, eigenartig dadurch, dass bei jeder Krankheit die psychischen Leistungen in anderem Grade und andersartiger Zusammenstellung gestört sind.

Das genaue Studium dieser verschiedenen Blödsinnsformen ist eine wichtige und noch ganz ungelöste Aufgabe, aus der die Diagnostik vielleicht manchen wertvollen Fingerzeig erhalten wird.

Die Verschiedenheit der Demenz bei Paralyse, Dementia senilis und arteriosclerotischen Erkrankungen an einzelnen Beispielen anzuführen, würde

hier viel zu weit führen, es ist nur möglich, einige besonders charakteristische Merkmale hervorzuheben.

Als ein solches Symptom, das schon früh bemerkbar ist und oft bis in die spätesten Stadien der Krankheit sich verfolgen lässt, kann man zunächst die auffällige Verlangsamung und Erschwerung des Gedankenablaufes, die Hemmung der Associationsthätigkeit bezeichnen. Sie ist dem Kranken als krankhaft bewusst, er giebt sich Mühe, sie zu überwinden. Ein eigentlich depressiver Affect ist damit in der Regel nicht verbunden, am ehesten noch ein leichtes Gefühl von Hülf- und Rathlosigkeit. Das Dämmer- und Traumhafte, das ähnlichen Zuständen bei der Paralyse und senilen Demenz anhaftet, fehlt hier völlig. Ebenso ist die Schnelligkeit charakteristisch, mit welcher solche Hemmungszustände auftreten, verschwinden und wiederkehren. Wie bei der Paralyse und der Dementia senilis engt die Krankheit auch hier bald den Interessenkreis des Individuums ein, aber der Kern der Persönlichkeit und ein richtiges Urteil über dieselbe bleiben viel länger erhalten. So erklärt sich wohl auch die lange bestehende Krankheitseinsicht. Das affective Leben stumpft sich ab, aber abgesehen von vorübergehenden Erregungszuständen finden wir vorzugsweise normale Affecte.

Die psychischen Ausfälle bleiben isolirtere, sind aber in ihrer Isolation oft tiefer greifend, während sie bei der Dementia senilis und paralytica allgemeiner, wenn auch zunächst weniger tiefgreifend sind.

Dazu bleibt es bei der arteriosclerotischen Hirnatrophie, abgesehen von anfallsweise auftretenden Erregungszuständen, im Wesentlichen bei einfachen Anfallserscheinungen, während bei der Dementia senilis und paralytica viel häufiger Reizerscheinungen, depressive und exaltive Affecte, Wahnbildungen, eigentliche psychotische Elemente mit einhergehen.

So erscheint der arteriosclerotisch Demente immer mehr als Hirnkranker, der Paralytiker und senil Demente als Geisteskranker. Dazu kommen dann noch die vielfachen eigenartigen, oben schon beschriebenen Anfälle und schliesslich die Verschiedenheit der körperlichen und nervösen Begleiterscheinungen, welche die Differentialdiagnose ermöglichen.

Die meisten Schwierigkeiten in differentialdiagnostischer Beziehung machen zwei Formen, die atypische Paralyse *Lissauer's* und gewisse Formen seniler Demenz mit Herderscheinungen. Die *Lissauer*'sche Paralyse ist durch die Arbeit *Storch's* genauer bekannt worden. Die senile Demenz mit Herderscheinungen ist nach meinen Untersuchungen für die senile Demenz genau dasselbe, was für die Paralyse die atypische *Lissauer*'sche Paralyse ist. Es kommt hier zu einer besonders intensiven Localisation des senilen Degenerationsprocesses in circumscripten Partien, meist der hinteren Mantelhälfte, oft mit enormem Faserschwund und colossalem Hydrops der Ventrikel. Der klinische Effect ist neben den Symptomen der senilen Demenz, häufigen epileptiformen und apoplectiformen Anfällen die Entwicklung ausgesprochener Herdsymptome, verschieden nach der

verschiedenen Localisation der schwersten Erkrankung. Mit Arteriosclerose des Gehirns haben diese Fälle garnichts zu thun.

Das starke Hervortreten der Herdsymptome, die in manchen Fällen sehr häufigen Anfälle, könnten um so eher zu einer Verwechselung mit der Arteriosclerose des Gehirns führen, als auch hier die Demenz keine so allgemeine zu sein pflegt wie bei der classischen Paralyse, der typischen Dementia senilis.

Und doch ist es möglich, auch hier schon intra vitam zur richtigen Diagnose zu kommen. Die *Lissauer*'sche Paralyse ist eben doch eine Paralyse, und in keinem Falle, den ich untersucht habe, waren nur einzelne Windungen, sondern stets das ganze Hirn erkrankt, wenn auch die Degeneration in einer umschriebenen Ausdehnung besondere Grade erreichte. So finden wir auch bei der *Lissauer*'schen Paralyse regelmässig erkennbare Andeutungen der für die Paralyse typischen Verblödungsart. Dazu erhalten wir noch meist aus dem Verhalten der Pupillen, der Sprache, der Patellarreflexe brauchbare Anhaltspunkte.

Bei den Formen der senilen Demenz mit Herderscheinungen zeigen sich in der Regel typische presbyophrenische Symptome, schwere Störung der Merkfähigkeit mit Neigung zu Confabulation, die eigenartige Dissociation des Gedächtnisses, der Orientirtheit, wie sie bei der Arteriosclerose fehlen. Auch die Sprachausfälle dieser atypischen senilen Demenzen sind eigenartig.

Nur noch einige wenige Worte über die arteriosclerotische Epilepsie. Die histologische Untersuchung hat kaum etwas Anderes mit grösserer Sicherheit erwiesen, als dass es nicht eine Epilepsie giebt, sondern ganz verschiedene und jedenfalls eine grössere Anzahl von Krankheitsformen, bei denen die mehr oder minder regelmässige Wiederkehr epileptischer Krampfanfälle das auffälligste Symptom unter den Krankheitserscheinungen bildet.

Als durch Arteriosclerose verursacht habe ich bisher zwei Formen kennen gelernt.

Die erste Form möchte ich als die cardiovasale Form bezeichnen. Es treten bei Individuen, die an schwerer Atheromatose des Gefässsystems leiden, meist auch schwerere Herzstörungen zeigen, seltener und häufiger epileptische Anfälle auf, deren Beziehungen zu den Störungen des Blutkreislaufes augenfällig erscheinen. Im Uebrigen brauchen erhebliche Ausfälle in psychischer Beziehung nicht zu bestehen, die geistige Regsamkeit, der Interessenkreis der Kranken kann erhalten bleiben.

Seit *Naunyn* gezeigt hat, dass man durch Compression der Carotiden bei Individuen, welche an Arteriosclerose leiden, epileptiforme Krämpfe auslösen kann, erscheint die Erklärung naheliegend, dass vorübergehende arterielle Anämie oder venöse Stauung, wie sie durch Arteriosclerose mit Herzkrankheit verursacht werden kann, epileptiforme Krämpfe auszulösen vermag. In einem von mir beobachteten Falle bestand eine enorme Blässe

des Gesichts während des Anfalles. Durch Verabreichung von Digitalis sieht man die Krämpfe oft aussetzen und nach Weglassung desselben nach einiger Zeit wiederkehren.

Bei der zweiten Form scheinen die Anfälle im Zusammenhang zu stehen mit arteriosclerotischen Herden. Ein Kranker zeigte nach seinen Anfällen eine Schwäche der rechten Hand und leichte, nur durch genaue Untersuchung zu constatirende motorisch sensorische Sprachausfälle. Bei der Section fanden sich einige arteriosclerotische Herde in der hinteren Centralwindung und dem Scheitellappen links. Im Uebrigen fehlten wesentliche Veränderungen im Gehirn. Diese Fälle also gehören mehr zur *Jackson*'schen Epilepsie.

Dass die Epilepsie alter Trinker mit der Arteriosclerose im Zusammenhang stehe, wie es neuerdings behauptet worden ist, kann ich nicht bestätigen. Die Alkoholepilepsie scheint mir eher durch specifische, durch die Alkoholvergiftung verursachte Hirnveränderungen veranlasst zu werden.

Referent weist nochmals darauf hin, in wie vielfacher Weise der arteriosclerotische Degenerationsprocess im Gehirn einzusetzen, und wie vielfache klinische Bilder er zu schaffen vermag. Er hofft bewiesen zu haben, dass die arterisclerotische Hirnatrophie ein Krankheitsbild ist, das sich bestimmt von anderen Gehirnkrankheiten abtrennen lässt.

Er spricht aber auch die Hoffnung aus, gezeigt zu haben, dass es das Zusammengehen klinischer und anatomischer Untersuchung ist, das uns hier einige Fortschritte gebracht hat. Man darf wohl erwarten, dass wir auf demselben Wege in manchem noch schwierigen Gebiete einen Schritt vorwärts kommen werden, gerade so wie in der somatischen Medicin das Hand in Handgehen von pathologischer Anatomie und Klinik die segensreichsten Früchte getragen hat.

Wenn das in der Psychiatrie langsamer geht als dort, so liegt das allein an den viel grösseren Schwierigkeiten, die sich uns durch die Complicirtheit der histologischen Verhältnisse und der klinischen Erscheinungen entgegenstellen. Schwierigkeiten aber sollten uns nur anreizen.

Der Vortrag wird durch viele Zeichnungen, Photographien und Präparate erläutert.

Diskussion. Herr *Fürstner* weist zunächst darauf hin, dass die Arteriosclerose oft schon in jungen Jahren zu konstatiren, dass dabei regionäre und familiäre Verhältnisse eine grosse Rolle spielen.

Man trifft in denselben Familien nicht nur besondere Grade der Arteriosclerose, sondern auch Auftreten bei mehreren Mitgliedern in jungen Jahren. Unter diesen Umständen können natürlich auch schwere Erkrankungen des Centralnervensystems schon in jungen Jahren beobachtet werden. Sodann macht Herr *A.* mit Recht einen Unterschied zwischen der Erkrankung des Marklagers, wie sie bei der Arteriosclerose in erster Linie in Betracht komme, und Erkrankungen, wo die Rinde in erster

Linie betroffen, wie bei der senilen Verödung *A.*'s. *F.* fragt an, ob *A.*, wie es nach den Zeichnungen scheint, Verbindung der Spinnenzellen direkt mit den Gefässen annimmt, was *Weigert* früher nicht that.

Endlich unterscheidet auch *F.* bei der alkoholischen Epilepsie Fälle, wo arteriosclerotische Herde die Ursache, von den häufigeren Fällen, in denen die Hirnveränderungen Folgen der Toxen sind.

Herr *Degenkolb:* Ich habe nur Rindengefässe untersucht und weiss nicht, wie die Beantwortung der Frage sich bei einem umfassenden Ueberblick über den ganzen Gefässapparat stellen würde. Mit diesem Vorbehalte glaube ich, dass sich an den Rindengefässen die hyaline Gefässdegeneration von der Rindengefäss-Arteriosclerose doch trennen lässt, wie dies ja auch *Robertson*'s Ansicht entspricht, dessen Schema freilich für die Mehrzahl der Fälle nicht ausreicht (vergl. die Gefässerkrankung bei Dem. sen.). Bezüglich der Arteriosclerose der Paralytiker möchte ich Herrn *A.* zustimmen.

Herr *Haenel* fragt an, ob ein Befund von perivasculärer Injection mit Rundzellen an den kleinsten Gefässen bei Arteriosclerose der mittleren und grossen auch auf den arteriosclerotischen Prozess zurückgeführt werden kann, oder ob man in solchen Fällen noch einen parallel gehenden, entzündlichen, encephalitischen Prozess annehmen muss.

Herr *Degenkolb:* Rundzelleninfiltrate kommen bei (sc. reiner) Arteriosclerose kleiner Hirngefässe nicht vor, ausser (sekundär) im Bereiche sehr schwerer lokaler Veränderungen, z. B. alter Knoten. Trennt man scharf die aus Adventitialzellenwucherungen hervorgehenden Kernansammlungen von den Rundzelleninfiltraten, so haben mir Literaturstudien ergeben, dass solche nur bei Intoxikationen und Infectionen vorkommen, vermuthlich nur bei Infection.

Herr *Alzheimer* (Schlusswort): Ich glaube, dass man nicht sagen sollte, das und das kommt nicht vor. Thatsächlich findet man garnicht so selten, z. B. bei der Prralyse offenbar arteriosclerotische Gefässveränderungen, bei welchen eine starke kleinzellige Infiltration zu sehen ist. Im Allgemeinen findet man bei der Arteriosclerose in der Regel keine Infiltration, zuweilen aber starke Wucherung der Adventitia.

Herr *Hitzig*-Halle: Demonstration zur Physiologie des corticalen Sehens.

Die von mir angekündigte kurze Demonstration bezieht sich auf Gesichtsfelder von Hunden, die ich doppelseitig im Hinterlappen, in der von *Munk* sogenannten „Sehsphäre“ operirt habe. Dieser Demonstration will ich einige erklärende Worte vorausschicken. Nachdem ich schon lange vorher angegeben hatte, dass Exstirpationen im Hinterlappen des Hundes zu einer contralateralen Sehstörung führen, hatte *Munk* bekanntlich eine complicirte Theorie über die Projektion der Netzhäute auf die Rinde und das corticale Sehen überhaupt aufgestellt. Ich will im Uebrigen hierauf nicht näher eingehen und nur hervorheben, dass nach dieser Theorie

dauernde partielle Blindheit, Rindenblindheit, auf jeden partiellen Eingriff in das Occipitalhirn folgen soll.

Luciani hatte ferner angegeben, dass ein Eingriff in die zweite Hemisphäre eine Verschlimmerung der durch den ersten Eingriff hervorgebrachten Sehstörung bewirke. Indessen hat weder er, noch, wie ich beiläufig bemerke, sonst jemand den Decursus der Sehstörungen beschrieben, und ausserdem haften den Versuchen *Lucianis* so viele Mängel an, dass sie so gut wie unbeachtet geblieben sind.

Die Gesichtsfelder, welche ich Ihnen herumgebe, rühren nun mit einer Ausnahme von solchen Hunden her, bei denen die nach erster Operation entstandene Sehstörung vollkommen verschwunden war, als dann eine zweite Operation in der anderen Hemisphäre vorgenommen wurde. Ausserdem befinden sich auf einer Tafel noch die Gesichtsfelder eines Hundes, der überhaupt nur einer Operation unterzogen wurde. Die Ausnahme betrifft einen Hund, bei dem beide Operationen in einer Sitzung ausgeführt wurden.

Betrachten Sie nun die Gesichtsfelder der ersten, bezw. Einzeloperationen, so ergiebt sich 1. dass die Sehstörung sich in kürzerer oder längerer Zeit gänzlich verliert, wenigstens so, dass mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln keine Spur von ihr mehr nachzuweisen ist; 2. dass sie sich sämmtlich insofern gleichen, als die Sehstörung sich immer zuerst medial und unten verliert, sodass schliesslich nur noch ein amblyopischer Fleck lateral und oben zurückbleibt.

Bei Weitem merkwürdiger sind die Gesichtsfelder der doppelseitigen Operationen. Es würde mich viel zu weit führen, wenn ich auf Alles, was sich darüber sagen lässt, eingehen wollte. Ich beschränke mich auf Folgendes: 1. Mit zwei Ausnahmen bewirkte die zweite Operation stets ein Wiederauftreten der Sehstörung des zuerst geschädigten Auges; 2. diese Sehstörung war in mehreren Fällen ebenso hochgradig, ja sogar hochgradiger als die Sehstörung des nunmehr geschädigten Auges. 3. Gelegentlich wurde beobachtet, dass die Sehstörung auf dem Auge der zuletzt operirten Seite, welches also der ersten Operation entsprach, noch eine nachträgliche Verschlimmerung erfuhr, sodass sie also am dritten und den folgenden Tagen hochgradiger als am zweiten Tage war. 4. Solche Sehstörungen, wie sie nach der Lehre *Munks* zu erwarten gewesen wären, also circumscripte Skotome, wurden insofern nicht beobachtet, als diese der Hauptsache nach den hemianopischen Charakter trugen. 5. Insbesondere verloren sich auch die nach doppelseitigen Exstirpationen auftretenden Sehstörungen mit der Zeit gänzlich.

Wenn schon durch früher von mir publicirte Versuche die Unhaltbarkeit der Lehre *Munks* erwiesen war, so wird ihr durch die eben vorgetragenen Thatsachen der Boden vollends entzogen, denn diese Lehre beruht auf der Voraussetzung, dass jedes Retina-Element mit einem Rinden-Element direkt verbunden sei, sodass seine Funktion mit der Existenz des

ihm zugeordneten Rinden-Elements dauernd erlöschen müsse. Wäre dies richtig, so bliebe das Wiederaufleben der Sehstörung auf der jüngst geschädigten Seite absolut unverständlich. Natürlich widerspricht das Fehlen von circumscripten dauernden Skotomen, ja von dauernden Sehstörungen überhaupt, gleichfalls dieser Lehre. Indessen begnüge ich mich mit den gegebenen Andeutungen.

Diskussion. Herr *Jolly* fragt den Vortragenden, in welcher Weise die Versuche zur Gesichtsfeldbestimmung bei Hunden vorgenommen würden.

Herr *Hitzig* erwidert, die perimetrische Untersuchung beim Hunde sei nicht wesentlich anders als beim Menschen. Ebenso wie es Menschen gibt, die sich leicht oder schwer perimetriren lassen, so gibt es auch Hunde, die leicht zu untersuchen und andere, die schwer zu untersuchen sind. Die vorgelegten Gesichtsfelder lassen sich nur mittels des vom Vortragenden angegebenen Schwebeapparates gewinnen. Den Hunden wird, wenn nötig, ein Stück oder eine Schüssel Fleisch vorgehalten, und dann wird ihr Gesichtsfeld mit einem anderen Fleischstücke abgesucht. Hungrige, energische oder intelligente Hunde schnappen unfehlbar darnach, sobald das Stück Fleisch in einem sehenden Teil ihres Gesichtsfeldes erscheint. Selbstredend erfordert das Untersuchungsverfahren eine Anzahl von bestimmten Kautelen, und die gewonnenen Gesichtsfelder sind nur die Mittel aus einer ganzen Anzahl wiederholter Beobachtungen.

Herr *A. Bumm*-München: Experimentelle Untersuchungen über das Ganglion ciliare der Katze.

Vortragender fasst das Ergebniss seiner nach der *Gudden*'schen Methode angestellten Versuche unter Demonstration von zwei Reihen mikroskopischer Präparate, die je zwei Versuchsthieren angehören und deren eine bereits am 17. Dezember 1901 in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München demonstrirt wurde, in Folgendem zusammen:

1. Das Resultat der beiden Versuchsreihen ist im Wesentlichen das gleiche.

2. Bei Durchschneidung der Ciliarnerven atrophiren ca. $^{2}/_{5}$ der im normalen Ciliarknoten vorhandenen Ganglienzellen, welche $^{2}/_{5}$ Vortragender als Bestandtheile zu Grunde gegangener peripherer Oculomotorius- und Trigeminusneurone anspricht.

3. Bei Entfernung des oberen Halsganglions des Sympathicus atrophiren gleichfalls $^{2}/_{5}$ Ganglienzellen, welchen der Charakter centripetal verlaufender Sympathicusneurone zugeschrieben wird.

4. Das $^{1}/_{5}$ Ganglienzellen, das trotz Ausschaltung der Ciliarnerven und des oberen Halsganglions des Sympathicus von der Atrophie verschont bleibt, deutet Vortragender als sogenannte Schaltzellen und vermuthet ausserdem Beziehungen einer Anzahl dieser Ganglienzellen zu anderen

Sympathicusganglien, als welche möglicherweise die von Peschel in der Kaninchenorbita nachgewiesenen und wohl auch bei der Katze vorhandenen Anhäufungen sympathischer Ganglien in Frage kommen.

Die ausführliche Beschreibung der Versuche wird an einem anderen Ort erfolgen.

Diskussion. Herr *Westphal* weist auf die Thatsache hin, dass bei Thieren (Tauben) schon bei leichtestem Reizen der Cornea eine sehr lebhafte, ausgiebige Kontraktion der Pupillen eintritt, eine Erscheinung, auf die er früher bei Besprechung des Zustandekommens der sogen. Lidschlussverengerung der Pupillen aufmerksam gemacht hat. Die Untersuchungen des Vortragenden, das von ihm aufgestellte Schema der nervösen Verbindungen des Ganglion ciliare, sind vielleicht im Stande, die physiologische Erscheinung dieser Verengerung der Pupillen anatomisch zu erklären.

Herr *Bumm* erklärt sich mit dieser Deutung einverstanden. Er selbst habe bisher absichtlich vermieden, aus seinen Untersuchungsergebnissen weitgehende Schlüsse zu ziehen.

II. Sitzung, Nachmittags 2¼ Uhr.

Herr *Degenkolb*-Neustadt i. M.: „Beiträge zur Pathologie der kleinen Hirngefässe."

A. Ueber Vorkommen intraadventieller Infiltrate der Rindengefässe bei diffusen Rindenkrankheiten.

Es ist eine Erfahrungsthatsache der Rindenpathologie, dass die entzündlichen zelligen Infiltrationen der Gefässscheide und ihres Binnenraums sich (im Vergleich zu anderen Organen) relativ schwer und relativ schwach direkt als solche nach aussen auf das umgebende Gewebe fortpflanzen. Dass Elemente von aussen her (Gliazellen) zu Bestandtheilen intraadventitieller Infiltrate werden können, darüber ist noch nichts bekannt. Das gibt die Möglichkeit, das Vorkommen der intraadventitiellen Infiltrate von jenen extra- (circum)-adventitiellen Zellansammlungen getrennt zu betrachten, mag auch die Trennung für manche Fälle eine künstliche sein.

Die Grundlage solcher Betrachtungen bildeten die Mittheilungen von *Nissl* (siehe Archiv für Psych. 32, S. 656ff.; 33, S. 685ff.) und *Vogt* (Monatsschrift für Psych. 9, S. 211ff.). Von Frühjahr bis Herbst 1898 habe ich unter Herrn Professor *Nissl* dem Studium der Rindengefässe und unter Anderem auch der Adventitialinfiltrate obgelegen, auf deren Bedeutung bei Paralyse *Nissl* schon damals hinwies. Von Sommer 1898 ab habe ich mich aus der Literatur über die im vorstehenden Titel des Vertrags enthaltene Frage zu unterrichten versucht, um über die Rolle und über die etwaige pathognomische Bedeutung des Befundes ein Urtheil zu gewinnen.

Um unter unsern Begriff zu fallen, muss ein Gefässwandinfiltrat 1. mindestens theilweise im Adventitialraum liegen, 2. aus Infiltrations-

zellen bestehen. Zu letzteren gehören nicht Kernvermehrungen an der Scheide infolge einer Adventitialzellenwucherung, deren Elemente als solche noch direkt erkennbar sind. Solche Zellen müssen und können mikroskopisch ausgesondert werden, und dies haben auch die Autoren von jeher schon angestrebt. Als Infiltrationszellen sind zu rechnen alle Arten weisser Blutkörperchen bezw. deren Abkömmlinge. Ferner die so charakteristischen Plasmazellen, gleichviel ob man diese aus dem Blute oder von Adventitialelementen ableiten will. Ich möchte für *Nissl* und *Vogt's* Befunde eintreten, und gegenüber den bei Paralyse z. T. negativen Befunden (Mahaim) an die technischen Klippen der Plasmazellendarstellung erinnern. — Ich will übrigens nicht verfehlen, hervorzuheben, dass ich bisher noch nicht bei allen intraadventiellen Zellbefunden im Präparat im Stande bin, sie einer der genannten Kategorien einzuordnen. Immerhin dürften diese Kategorien im Wesentlichen das umfassen, was intraadventitiell vorkommt.

Nicht unter den Gegenstand unserer Untersuchung fallen alle diejenigen intraadventitiellen Infiltrate, welche sich finden: 1. Im Reaktionsbereich aller, selbst miliarer, Herdnekrosen, in Folge embolischer oder thrombotischer oder entzündlicher Erweichung, oder in Folge von Blutung oder mechanischer Zertrümmerung; 2. im Reaktionsbereich aller neoplastischen Prozesse im weitesten Sinn, so z. B. bei Meningealcarcinom, bei Tuberkeln und Gummen, bei Leukämie; 3. rein lokal im nächsten Bereich hochgradiger Wandveränderungen der Gefässe, z. B. bei der echten Endarteriitis deformans nodosa im Bereich von Miliaraneurysmen, alten Knoten; bei der davon zu trennenden hyalinfibroiden Degeneràtion (Robertson), oder Hyalinsklerose (Alzheimer) finden sich in den höchsten Graden, neben reichlichen gewucherten Adventitialzellen auch weisse Blutkörperchen in der Adventitialscheide, aber wohl in reinen Fällen nie in solcher Anzahl, dass sie allein Infiltrate bilden.

Bei einer von statistischen Gesichtspunkten ausgehenden Betrachtung dürfen nur ausgebildete intraadventielle Infiltrate mitzählen, sonst würde man ja eine ganz komische Petitio principii begehen — selbst wenn spärliche intraadventitielle Zellen nicht so häufig wären, wie sie es doch wohl sind. Man kann neben den dichtstehenden massigen Infiltrationen, z. B. mancher Paralysefälle, oder der Lyssa, auch lockere intraadventitielle Infiltrate annehmen; ein solches würde ich anerkennen, wenn auf 0,3 mm Gefässstrecke (Gesichtsfelddurchmesser von Leitz Obj. 7.) etwa 20 echte Infiltratzellen zu sehen wären. Für solche Infiltrate kann ich als Ursache lediglich einen entzündlichen Reizzustand anerkennen, nicht etwa z. B. Stauung (*Binswanger*) oder einfache Congestion. Das Bestehen solcher Infiltrate würde dann stets eine Entzündung anzeigen.

Nach Kopftraumen kommt es in einer Anzahl von Fällen zur Schädigung des Gehirns, einmal durch direkt traumatische mit Thromboarteriitis einhergehende Vorgänge, dann aber, wie es scheint, manchmal auch durch Entwicklung einer diffusen Erkrankung der kleinen Gefässe. Hat auch *Köppen*

gezeigt, dass solche keineswegs ein nothwendiges Mittelglied zwischen Kopftrauma und Psychose bildet, so gilt es doch wohl für einige Fälle; und unter diesen finden sich wiederum vereinzelte (zwei Fälle *Friedmanns*), in welchen die Erkrankung kleiner Hirngefässe mit Bildung intraadventitieller Infiltrate verknüpft gewesen zu sein scheint. Die Folgerung, dass letztere auch als eine Nachwirkung mechanischer Läsion aufgefasst werden dürften, ist indessen schon wegen der Seltenheit des Befundes unhaltbar. Und wie häufig setzt nicht das Kopftrauma eine anderweitige Krankheitsursache in Bewegung, so in Fällen von Hirnsyphilis, Hirntuberkulose, vielleicht von multipler Sklerose, von echter Paralyse etc. — Ich werde an anderem Orte näher hierauf eingehen.

Im Uebrigen fand ich intraadventitielle Infiltrate in folgenden Umständen erwähnt:

1. Bei infektiösen Hirnerkrankungen. Zu diesen gehört nach gegenwärtig herrschender Annahme auch die nichteitrige Encephalitis, wohl auch da, wo Anämie unter ihren ätiologischen Momenten eine Rolle spielt. Bezüglich der von *Kazowsky*, *Ceni*, *Binswanger* und *Berger* u. A. beschriebenen postinfektiösen Psychosen verweise ich besonders auf die Darstellung von *Sander* (Archiv für Psych. 34). Bemerkenswerth ist, dass es auch Fälle mit Bakterienbefund im Gehirn gibt, bei denen ausgebildete intraadventitielle Infiltrate gefehlt zu haben scheinen (*Pfuhl*, neueste Fälle). Von den chronischen Infektionen geht besonders die Lues, soweit bisher bekannt, fast stets mit einem Befund intraadventitieller Infiltrate von freilich sehr verschiedener Ausbildung und Lokalisation einher; dass sie aber hier und speziell an der grauen Substanz ausnahmslos mit ausgebildeten Infiltrationen auftrete, ist nach der vorliegenden Casuistik gewisser akuterer Fälle mindestens noch eine offene Frage.

Wie es scheint, finden sich in vereinzelten Idiotengehirnen intraadventielle Infiltrationen; sie sind wohl Residuum oder Recrudescenzerscheinung einer im Wesentlichen lange abgelaufenen Encephalitis.

Die Rindenkrankheiten durch reine Toxinwirkung (ohne gleichzeitige Blutinfektion) verlaufen mindestens sehr häufig ohne intraadventitielle Infiltrate, wie sich z. B. auch an der Histopathologie der postdiphtherischen Neurosen zeigt. Es muss sogar als unerwiesen und fraglich bezeichnet werden, ob direkt durch reine Toxinwirkung ausgebildete intraadventitielle Infiltrationen zu stande kommen können bei andern als höchstens bei ganz akuten und stürmischen Toxämien.

Von anderen Vergiftungen habe ich nur bei akuter Vergiftung mit Phosphor (*Pölchen*), Alkohol (*Berkley*) ein als direkte Giftwirkung erklärbares Vorkommen intraadventitieller Infiltrate erwähnt gefunden. Kohlenoxydgas, Blei, welche doch schwere Gefässveränderungen bewirken, scheinen direkt keine intraadventitiellen Infiltrate zu machen. Leider fehlt mir eine vollständigere Uebersicht über dieses literarisch oft schwer zugängliche Gebiet

Zu den akuten Intoxicationsvorgängen rechnet man auch das Delirium tremens (*Bonhöffer*, *Trömner*). Der letztgenannte Autor beschreibt, im Gegensatze zu *Bonhöffer*'s weit zahlreicheren Fällen, mehrfach, anscheinend auch intraadventitielle, Infiltrationen bei einigen seiner Fälle; dieselben waren mit mehrtägigem hohen Fieber (Pneumonie, schwerer Magendarmkatarrh) complicirt. Gleichfalls als akut toxischer Vorgang dürfte der Status epilepticus aufzufassen sein (*Weber*). Handelt es sich auch dort wohl vorwiegend um Bildung extra- (circum-) adventitieller Infiltrate — von welchen hier nicht die Rede ist —, so kommt es doch vielleicht gelegentlich auch zu ausgebildeten intraadventitiellen Infiltrationen im Sinne der oben gegebenen Definition.

Endlich finden sich intraadventitielle Infiltrate bei Paralyse und zwar ist dies, wenn ich von den soeben angeführten Fällen absehe, das einzige Vorkommen intraadventitieller Infiltrate bei diffusen Rindenkrankheiten, d. h. bei Psychosen. *Ris* und *von Muralt* haben 1899, sowie auch neuerdings *Mahaim*, auf diese wichtige Thatsache hingewiesen. Diese intraadventitiellen Infiltrate der Rindengefässe scheinen bei ausgedehnteren Rindenuntersuchungen selten zu fehlen, wenngleich sie in nicht terminalen Fällen mehr sporadisch an vereinzelten Stellen gefunden werden. Dies ist bekanntlich schon von *Binswanger* (vergl. seine Monographie) festgestellt worden. Immerhin fehlten in seinem Falle 10 — augenscheinlich dem frühesten seiner 21 Frühfälle — ausgebildete Infiltrate offenbar vollständig. Die intraadventitiellen Infiltrate sind hier demnach eine frühzeitige, aber eine nicht ganz constante und zeitlich secundäre Erscheinung. Aber ich glaube allerdings nicht, dass man sie auf intercurrente toxische Vorgänge (paralytischer Anfall) oder Allgemein-Infectionen (gangränöser Decubitus, Schluckpneumonieen, Cystopyelonephritis) zurückführen kann.

Den Versuch, aus solchen statistischen Feststellungen die infectiöse oder vollends gar die luetische Aetiologie der Paralyse ableiten zu wollen, halte ich für ganz verwerflich. Ein solcher Zusammenhang darf nur auf die cellularpathologischen Thatsachen gegründet werden. Die Statistik kann uns ihren erkenntniss-theoretischen Grundlagen nach über die Constatirung eines überhaupt bestehenden Zusammenhanges von wahrscheinlicher Gesetzlichkeit nicht hinausbringen.

Den Weg des Fortschritts wiesen *Nissl* und *Vogt*, indem sie die cytobiologische Natur des Infiltrats analysirten. Sie wiesen nach, dass intraadventitielle Plasmazellen bei Paralyse constant, bei anderen diffusen Rindenkrankheiten kaum vorkommen, und dass sie auch den wesentlichen Bestandtheil und die Eigenart der ausgebildeten, entzündlichen, intraadventitiellen Infiltrate bei Paralyse ausmachen. Dies gestattet die Vermuthung, dass sie mit der Krankheitsursache der Paralyse näher zusammenhängen. Diese kann nur eine solche sein, für welche die Bildung intraadventitieller Plasmazelleninfiltrate charakteristisch ist.

B. Ueber die Kerntropfen der Intimazellen.

An, oder halb in Intimakerne eingelagerte, stark lichtbrechende Tröpfchen von unbekannter Bedeutung beschreibt *Obersteiner* 1877 als einen physiologischen Befund, den man an Rindengefässendothelien häufig erheben kann. Die Substanz der Tröpfchen rechne ich zum Fett, im Sinne der landläufigen Benennungsweise, welche alle solche Dinge als Fett bezeichnet, wenn sie fettartige Substanzen enthalten. Der Befund ist allerdings wohl insofern physiologisch, als ein vollständiges Fehlen der Tröpfchen wohl nie vorkommt. Nichtsdestoweniger haben sie auch eine pathologische Bedeutung, insofern sie unter solchen Umständen entschieden vermehrt sind (bei Untersuchung am frischen Präparat), welche an anderen Organen zur fettig-parenchymatösen Degeneration führen, so bei schweren körperlichen Krankheiten, wo der Patient eine Anzahl von Tagen moribund dalag und schliesslich mit ausgesprochener oder weniger deutlicher Agone zu Grunde gegangen ist. Hier findet man sie reichlich, selbst wenn man 2—3 Stunden p. m. untersucht, oft 2—3 Tropfen fast an jedem Kern. Umgekehrt erschienen sie auffällig spärlich bei einem plötzlich verstorbenen, zuvor körperlich Gesunden, obwohl erst am folgenden Tage untersucht wurde. Ich glaube deshalb, dass jene Fälle als „Fettdegeneration" der Rindengefässintima zu deuten sind. Das „Fett" ist allerdings etwas grosstropfig für Degenerationsfett, vielleicht wegen der besonderen Beschaffenheit der umschliessenden Zellleibs- und Kernsubstanz. Ueber die meist sehr unvollkommene Osmirung der mit Sudan constant aber verschiedengradig färbbaren Tropfen, die z. Th. mit Aether schwer extrahirbar sind — gleichviel welche Osmirungsmethode angewandt wird — vergleiche man die von *Binswanger* und *Berger* gegebene Abbildung (Archiv für Psych. Bd. 34, Tafel IV, Figur 3).

Am Nisslpräparat findet man an den Intimakernen öfters kreisrunde, wie mit dem Locheisen herausgeschlagene, mit einer stark lichtbrechenden Substanz gefüllte Löcher. Ausserdem sieht man theils seichte Dellen, theils tiefe Einbuchtungen jeder Tiefe, alle rundlich, ebenso scharfrandig und mit stark lichtbrechenden Kugeln gefüllt, welche man z. Th. mit dem Apahrant auch an ihrer äusseren frei aus dem Kern herausragenden Peripherie deutlich unterscheiden kann; andere ebensolche Einbuchtungen sind leer, so dass man den Eindruck hat, sie hätten ihre stark lichtbrechende Kugel nach dem Protoplasma ausgestossen (vergl. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 58 S. 210). Diese Dinge sind genau so physiologisch, und unter ganz denselben Bedingungen pathologisch vermehrt, wie die Fetttropfen des frischen Präparates. Auch die Grössenverhältnisse der Kernlöcher und Buchten sind so, dass die Fetttropfen genau in jene hineinpassen könnten.

Die Identität beider Dinge beweist das folgende Experiment: Man nehme ein ganz feines arterielles Stämmchen (kleinste Arteriole) einer Leiche, die (aus optischen Gründen) nicht stärkere Rindengefässkrankheiten

aufweisen darf, und die nach langer Agone gestorben ist, und zeichne das frische Präparat z. B. in Hydrocephalusserum vom gleichen Falle ab. Hieran wird sehr vorsichtig (vgl. *Eberths* Mikrosk. Technik 6. Aufl. S. 174) unter dem Deckglase und Mikroskop binnen mehreren Stunden mit langsam verstärktem Alkohol, Alkohol-Aether, Aether extrahirt; beim reinen Aether angelangt, hält man einen Moment mit dem Nachtropfen ein; alsbald verdunstet soviel Aether, dass man nun das Deckglas mit dem Gefäss abheben kann, ohne dass es sich verschiebt; dies zu verhüten ist nicht schwer. Nun legt man noch einige Stunden in Aether, und macht dann am Trockenpräparat eine richtige Nisslfärbung. Dann kann man an einer ganzen Anzahl Intimakernen Kernlöcher sehen, die ohne Weiteres mit entsprechenden Fetttropfen der Zeichnung sich identificiren lassen. Freilich ist der Aether ein ziemlich deletäres Mittel für die Intimakerne, selbst bei vorsichtigster Applikation, wie man sich durch direkte mikroskopische Controle überzeugen kann. Deshalb ist eine Anzahl Intimakerne hernach schwer verschrumpft oder wenigstens in der Form verändert, und nicht wieder zu erkennen. Der Rest genügt aber schon. Man sieht dabei, dass weit mehr Fetttropfen internucleär, bezw. in Kernbuchten und -dellen gelegen haben, als man nach dem frischen Präparat geglaubt hat. Der Formenkreis ist ganz derselbe wie bei der Vakuole des Fettzellenkerns, die ich auch untersucht habe. Ich glaube, dass meine Befunde eine intranucleäre Bereitung und nachträgliche Ausstossung der Fetttröpfchen an der Rindengefässintima beweisen, mag das Fett nun Transportfett sein oder nicht. Das Erstere ist nach gegenwärtigen Anschauungen fast sicher, dass der Vorgang sichtlich „degenerativ“ sein kann, beweisen Kernveränderungen bei pathologischer Massenhaftigkeit der Tröpfchenbildung, z. B. Zersprengung des Kerns in mehrere Fragmente, die als die Folge der Tröpfchenbildung erscheinen.

Ich möchte auch auf meine frühere Mittheilung (Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. 58, S. 205 ff.) verweisen, bei der ich eine subendotheliale Hyalinablagerung auf die Tröpfchen zurückführen konnte. Dass in manchen Fällen die Tröpfchen aus einem eigenthümlichen Gemisch von Fett mit viel Hyalin bestehen, erscheint mir gewiss; ich werde darüber an anderer Stelle mich äussern. Insoweit aber, als der Vorgang physiologisch ist, dürfte es sich um die histologisch bisher nicht nachgewiesene cellularphysiologische Funktion der Intimazellen handeln, die ich darin erblicke, dass sie den unter ihr liegenden Elementen Nährstoffe zuführen, an Arterien und Venen der unterliegenden Gefässwand, an den Capillaren dem unterliegenden Parenchym.

Keine Diskussion.

Herr *Vogt*-Göttingen: Mittheilungen über Gesichtsfeld-Einengung bei Arteriosclerosen des Centralnervensystems.

Es handelt sich um Fälle, deren Symptombild besonders von *Windscheid* präcisirt worden ist. In der charakteristischen Symptomengruppe: Kopfschmerz, Schwindel und Abnahme der geistigen Regsamkeit kann das Letztere fehlen, es kann neben den beiden erstgenannten Erscheinungen eine concentrische Verengung des Gesichtsfeldes vorhanden sein, welche der Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit vorausgeht. Die Hauptsache ist, dass in solchen Fällen ein dauernder Nachweis der Erscheinung möglich ist. Die Einengung zeigt dann eine Constanz, welche eben der messbare Ausdruck für den progredienten Prozess ist. Dass es sich bei dieser Art von Einengung nicht um eine vorübergehende functionelle Störung oder eine solche der Circulation handelt, geht aus der Constanz der Erscheinung in ausgesprochenen Fällen hervor. Auf der anderen Seite pflegt bei einer Erkrankung des Centralnervensystems, welche als eine solche arteriosclerotischer Natur anzusprechen ist, die Gesichtsfeldeinengung nur nachzuweisen zu sein, wenn auch Erscheinungen anderer Art, besonders Kopfdruck und Schwindel bestehen. Die Gesichtsfeldeinengung nimmt also bei der arteriosclerotischen Erkrankung eine Mittelstellung zwischen Reiz- und Ausfallserscheinungen ein. Daraus geht auch hervor, dass es sich thatsächlich um eine durch die Arteriosclerose bedingte Erscheinung handelt, da den Vortr. auch zahlreiche Untersuchungen an Gesunden mit starker Arteriosclerose, sowie an Geisteskranken mit starker Arteriosclerose gelehrt haben, dass hier eine Einengung constant fehlt, solange nicht auch andere für eine Arteriosclerose des Centralnervensystems sprechende Erscheinungen vorhanden sind. Bei den untersuchten Fällen von Geisteskrankheit nicht organischen Charakters hat es sich natürlich um solche Fälle gehandelt, die erfahrungsgemäss eine Einengung aus anderer Ursache ausschliessen liessen. In den untersuchten Fällen von Arteriosclerose des Centralnervensystems fand sich fast stets eine starke Sclerose der Temporalarterie, eine solche der Radialarterie wurde wiederholt vermisst. Auch die Gefässe des Augenhintergrunds waren keineswegs stets deutlich arteriosclerotisch. Einerseits handelte es sich überhaupt um Anfangsstadien des Processes, andererseits kann offenbar auch bei intacten Retina-Arterien eine Arteriosclerose des Gehirns ausgeprägt sein. Fortgeschrittene Fälle zeigten fast stets die Einengung, einige liessen sie aber überhaupt völlig vermissen. Fälle von traumatischer Hysterie zeigten eine Einengung häufiger bei gleichzeitig bestehender Arteriosclerose, als bei fehlender. Es soll der Werth der Gesichtsfelduntersuchung nicht überschätzt werden, doch stellt diese bei vorsichtiger und kritischer Prüfung jedenfalls ein feines Reagens auf den nervösen Status überhaupt dar, und verdient daher die Thatsache der concentrischen Einengung bei Arteriosclerose des Centralnervensystems als ein kleiner Beitrag zur genaueren Umschreibung der z. Zt. mit vielem Interesse studirten Symptomenbilder der Arteriosclerose des Gehirns Beachtung.

Keine Diskussion.

Herr *Raecke*-Kiel: Zur Lehre von der Hypochondrie.

Der Vortrag ist bereits in dieser Zeitschrift erschienen.

Diskussion: Herr *Jolly* erklärt sich mit den Ausführungen des Vortr. in den Hauptpunkten einverstanden.

Herr *Brosius*-Sayn: Ueber den Mangel an Irren-Patronaten in Deutschland.

Meine Herren! Vor nahezu 27 Jahren, im September 1875, tagte der Verein der deutschen Irrenärzte auch hier in München, und auf der Tagesordnung seiner Verhandlungen stand dasselbe Thema, das ich heute in aller Kürze vor Ihnen zur Sprache bringe.

Der damalige Referent, der uns leider zu früh entrissene Dr. Aug. *Zinn*-Eberswalde, war für München verhindert, und der Vereinspräsident, der auch schon entschlafene Geh. Rath *Nasse*, verlas die von ihm schriftlich vorgeschlagene Resolution. Sie lautet (in unwesentlicher Abkürzung):

„Die Irrenhülfsvereine, wie sie in der Schweiz und in Deutschland bestehen, sind ein wirksames Mittel zur Förderung der Irrenpflege. Der Verein empfiehlt seinen Mitgliedern, die Bildung von Irrenhülfsvereinen für Geisteskranke überall da anzustreben, wo solche noch nicht bestehen.“

Dieser einstimmig (ich betone das) von unserem Vereine angenommenen Resolution war *Z.* selbst durch sein Beispiel vorangegangen, in 1866 als junger Direktor von St. Pirminsburg durch die Gründung des Irrenhülfsvereins im Canton St. Gallen, und in 1873, aus der Schweiz nach Deutschland zurückgekehrt, als Mitgründer des Kurmärkischen Hülfsvereins, der auf die Anregung unseres allverehrten Heinr. *Laehr* (im psychiatrischen Verein) zu Berlin ins Leben trat.

Die Gründung des St. Gallener Patronats ist ein Markstein auf dem Gebiete der ausseranstaltlichen Irrenfürsorge, weniger dadurch, dass sie eine Jahrzehnte lang dauernde Stagnation auf diesem Gebiete thatkräftig abschloss, als dadurch, dass sie von einem Programm mit dem grossen Worte „Hebung der Irrenpflege überhaupt“ begleitet war, das dem neuen Verein ein ideales fortschrittliches Gepräge gab, welches ihm bis heute geblieben ist.

Die bisherigen Unterstützungskassen für arme, hülfsbedürftige Irre, wie sie z. Th. schon von Alters her, theils abhängig, theils unabhängig von Irrenanstalten in manchen civilisirten Staaten bestanden, hatten nur die Bedeutung wohlthätiger Stiftungen, Sammelfonds etc., deren Hülfsmittel die gegenwärtige materielle Noth der Irren oder deren Familien hinderten, gleich den Gemeinde-Armenkassen, und hauptsächlich oder ausschliesslich den aus den Anstalten entlassenen Kranken zu Gute kamen (gleich dem schon 1829 von *Lindpaintner* gegründeten, leider schon in den 40er Jahren untergegangenen Verein im ehemaligen Herzogthum Nassau). Da war es der St. Gallener Verein, der, obschon er titularisch nur „Verein für genesende Gemüthskranke“ hiess, doch aututarisch nicht allein die Fürsorge

für diese, sondern für die Irren des Landes überhaupt auf sich nahm und der Vereinsthätigkeit das denkbar weiteste Gebiet mit weit in die Zukunft reichenden Zielen anwies, — als besondere Aufgaben Beseitigung von Vorurtheilen gegen Irresein und Irrenanstalten, Sorge für frühzeitige Unterbringung frisch Erkrankter in die Anstalt, — Bedingungen, ohne deren Erfüllung die Hebung der Irrenpflege, die Verbesserung des Irrenwesens überhaupt nicht möglich ist.

Diese Satzungen mit der aus ihnen nothwendig sich ergebenden Organisation des St. Gallener Vereins heben ihn aus der Isolirung einer einfachen Unterstützungskasse heraus und brachten ihn in unmittelbare Berührung mit dem Volke, aus dem das Irresein hervorgeht, in dem weitaus die meisten Irren des Landes leben, das den Irrenanstalten Alles liefert, was zu ihrem Betriebe nöthig ist, dessen Verhältnisse die der Anstalten beeinflussen, und ohne dessen werkthätiges Interesse für die Irren und Irrenanstalten die gedeihliche Entwicklung eines Irren-Patronates nicht möglich ist. Auf diesem fundamentalen Grunde gewann die Gründung *Zinn*'s Ansehen und Macht, und brachten die Cantonalbevölkerung und Regierung dem Vereine ein steigendes Vertrauen entgegen; geschichtlich der erste in der Schweiz, wurde er das Vorbild für alle späteren Vereine dieses Landes und die meisten in Deutschland.

Zinn stand also auf dem sicheren Boden einer fast 10jährigen Erfahrung in 2 von ihm geleiteten Irrenhülfsvereinen, als er hier in München 1875 die Irrenärzte Deutschlands zur Gründung von Patronaten aufforderte. Auch aus schon bestehenden Irrenhülfsvereinen der Schweiz und Deutschlands lagen ermuthigende Berichte vor, so namentlich aus dem für die Geisteskranken in Hessen, der aus der schon in 1862, als der patronale Gedanke noch schlummerte, von *Ludwig* für die aus Hofheim entlassenen Pfleglinge gegründeten Unterstützungskasse hervorging und 1875 schon das Muster eines Irrenhülfsvereins war, mit fortschrittlichen Ideen und Leistungen, die denen des St. Gallener Vereins gleichkamen.

So verstand es sich wohl von selbst, dass die hier in 1875 versammelten deutschen Irrenärzte der Resolution *Zinn*'s einstimmig beitraten, — aber nun versteht man es nicht, es ist befremdend und bedauerlich, dass die Curve der patronalen Vereinsthätigkeit, die in dem Decennium 1865/75 in erfreulicher Weise mit der Gründung von 5 deutschen Irrenhülfsvereinen zu steigen begonnen hatte, nach jener Resolution geradezu verflachte, in einer durch 5 Jahre sich hinziehenden Oede. Erst im Jahre 1880 bewies die Gründung zweier neuer Patronate, dass der irrenfreundliche Gedanke auf diesem Gebiete nicht erloschen war.

Ich will Sie, verehrte Collegen, nicht länger beschäftigen mit der weiteren Geschichte der ausseranstaltlichen Irrenfürsorge; sie entspricht nicht, wir dürfen uns das nicht verhehlen, sie entspricht nicht den Hoffnungen, zu denen die einstimmige Annahme der Münchener Resolution Seitens des Vereins der deutschen Irrenärzte berechtigte; das „überall“

in dem Vorschlage *Zinn*'s, des grossen Irrenfreundes, ist heute, nach 27 Jahren, nur erst zu einem seltenen „Hier und da" in Deutschland geworden. In unserem grossen Vaterlande mit rund 150 öffentlichen Irrenanstalten zählt man höchstens 15 Irrenhülfsvereine, denen das kleine Alpenland, die Schweiz, mit nur 23 öffentlichen Anstalten 10 blühende, z. Th. sehr reiche Patronate gegenüberstellt.

Wir sind zurückgeblieben auf dem Gebiete der ausseranstaltlichen Psychiatrie, deren Erfolge nicht allein den freien Irren des Landes, sondern auch den Landesanstalten und ihren kranken Insassen eine Wohlthat werden, — zurückgeblieben hinter den unermüdlichen Forschungen und glänzenden Arbeiten in der rein wissenschaftlichen Psychiatrie, die indessen nicht die vornehmste Pflicht des Irrenarztes sind, von dem der Kranke beständigen Schutz und werkthätige Hülfe fordert. Möge es mir daher nicht verargt werden, wenn ich heute an die im Jahre 1875 in München gefasste Resolution des Vereins der deutschen Irrenärzte erinnerte, und wenn ich den Wunsch ausspreche, dass die Frage der Irrenhülfsvereine noch auf der Tagesordnung unseres Vereins bleibe.

Discussion: Herr *Siemens:* Der warme Apell des Coll. *Brosius* legt wohl jedem von uns die Verpflichtung auf, sich zu fragen, ob und inwiefern wir dieser Verpflichtung nachgekommen sind. Die Frage der Patronisirung und Unterstützung der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten liegt in den verschiedenen Ländern verschieden. In Provinzen, welche, wie z. B. der Reg.-Bez. Cassel und die Prov. Pommern, die ganzen Kosten für Verpflegung der heilbaren oder gemeingefährlichen Geisteskranken übernehmen (Pommern bezahlt sogar die Reisekosten dieser Kranken und ihrer Begleiter zur Anstalt), ist die Noth nicht so dringend, zumal der Landeshauptmann bei uns auch noch einen Fonds zur Unterstützung entlassener Pfleglinge hat. Einen Theil der Pflichten hat bei uns auch der Verein für innere Mission übernommen.

Herr *Beckh* fragt an, welche Vereine *B.* meint, und was er mit den Patronaten meint. Er theilt mit, dass in Nürnberg und in Fürth und auch sonst noch in Franken grosse Vereine zur Bezahlung der Pflege der Kranken in den Irrenanstalten bestehen.

Herr *Kreuser*: Den Mittheilungen von *Siemens* gegenüber ist der *Brosius*'sche Apell zu unterstützen, da es doch einen wesentlichen Unterschied bildet, ob eine weitere Fürsorge für der Anstaltspflege nicht mehr Bedürftige anderen Behörden überlassen wird oder in den Händen der Irrenärzte verbleibt. Durch letzteren Modus werden die Beziehungen zu den früheren Pfleglingen sehr viel lebendiger erhalten, und gewinnen wir den Vortheil, über das spätere Schicksal der Anstaltspfleglinge weit mehr und zuverlässigere Nachrichten zu erhalten.

Herr *Peretti* unterstützt den *Brosius*'schen Appell, da die Hülfsvereine nicht nur den Zweck der Geldunterstützung, sondern der Hebung des gesammten Irrenwesens haben.

Herr *Simens*: Auf die Verschiedenheiten in den einzelnen Provinzen und Ländern habe ich ja aufmerksam gemacht und zur Erklärung dessen, dass bei uns ein solcher Verein noch nicht besteht, die günstigen Verhältnisse angeführt, welche die Gründung nicht so dringlich erscheinen liessen.

Herr *Pelman* spricht sich ebenfalls zustimmend zu dem *Brosius*'schen Appell aus.

III. Sitzung am 15. April.

Die Sitzung wird um 9¼ Uhr eröffnet. Eingegangen ist ein Dankschreiben der Familie *Gudden* und *Grashey*.

Herr *Siemens* erstattet Rechnungsablage und betont die Nothwendigkeit, einen kleinen Fond zur Verfügung zu haben. Es wird beschlossen, den Beitrag in der bisherigen Höhe (5 M.) weiter zu erheben. Auf Vorschlag von Herrn *Jolly* werden 300 M. als Beitrag zur Errichtung eines Denkmals für *Griesinger* in der Charité zu Berlin bewilligt. Nach Prüfung der Rechnungslegung durch eine gewählte Commission wird Herrn *Siemens* Entlastung ertheilt. Die ausscheidenden Vorstandsmitglieder *Kreuser* und *Siemens* werden durch Zuruf wiedergewählt und nehmen die Wahl dankend an.

Es folgt dann das Referat von Herrn *Hoche*:

Herr *Hoche*-Strassburg: Vorschläge für Schaffung einer statistischen Centralstelle.

Die Vorschläge, die ich zu machen gedenke, dienen dem Zwecke, systematisch und im grossen Massstabe Beweismaterial herbeizuschaffen für die zahlreichen und verschiedenartigen Missstände, mit denen die irrenärztlichen Bestrebungen zum Besten der Geisteskranken allerorts zu kämpfen haben.

Es wäre ein müssiges Geschäft, in dieser Versammlung ausführlich auf die mannigfachen irrenärztlichen Beschwerdepunkte einzugehen; einem Jeden von uns drängen sie sich täglich von Neuem auf; ich will nur Einiges berühren, was mit meinen Vorschlägen in näherer Beziehung steht. — Einem unbefangenen Beobachter, der nicht, wie wir, durch die lange Gewohnheit abgestumpft wäre, müsste Eins sehr auffallen: die ganz abnorme Stellung, welche die Irrenärzte in der öffentlichen Meinung einnehmen, eine Stellung, für die wir bei keiner anderen Berufsart eine Parallele finden. Die Oeffentlichkeit, soweit sie durch das Publikum, einen Theil der Presse und die Mitglieder unserer Parlamente repräsentirt wird, trifft sich den Irrenärzten und ihrem Thun gegenüber in einer ziemlich einheitlichen Auffassung, die sich im Einzelnen auf der Linie von völliger Verständnisslosigkeit bis zum offenen Misstrauen bewegt. Der Verständnisslosigkeit begegnen wir bis in Kreise hinein, bei denen man sie billigerweise nicht sollte befürchten müssen; das Misstrauen, mit dem wir beehrt werden, gilt nicht allein unserem Können und Wissen, sondern eben so

sehr unserer Gesinnung, unseren Motiven, und es hat für den Kenner der Verhältnisse etwas Tragikomisches, wenn von diesem Standpunkte aus in gesetzgebenden Körperschaften in aller Selbstverständlichkeit und Harmlosigkeit über Massregeln diskutirt wird, die geeignet sein sollen, wie es dann heisst: „das Publikum vor den Irrenärzten zu schützen". Diese Auffassung gilt als so natürlich, dass bei solchen parlamentarischen Verhandlungen vielleicht vom Regierungstisch, nicht aber aus der Versammlung heraus auf irgend ein Wort der ruhigen Vernunft oder der Abwehr zu rechnen ist. Ihr natürliches Echo finden diese Dinge dann in der Presse, von der ein Theil mit grosser Bereitwilligkeit jeder den Psychiatern unfreundlich gesinnten Darstellung die Spalten zu öffnen pflegt — nicht in böser Absicht, sondern in dem auf die bekannten Vorurtheile gestützten Glauben, damit eine öffentliche Mission zu erfüllen.

Wir Irrenärzte selbst könnten alles dieses wohl ertragen, und die Geschichte der Irrenheilkunde ist ein lebendiger Beweis dafür, dass Verkennung und Uebelwollen die Vertreter unserer Wissenschaft niemals müde oder unsicher in ihren Bestrebungen gemacht hat; das Schlimme ist aber, dass die allgemeine Auffassung an allen Ecken und Enden ein dauernder Hemmschuh wird bei Verwirklichung der nothwendigen täglichen Massregeln zum Besten der Geisteskranken ebenso wie aller weitergehenden Forderungen für Zukünftiges. Diejenigen, die leichten Herzens in der Presse und von der Tribüne des Reichstages herunter in systematischer Weise die Saat des Misstrauens gegen die Irrenanstalten und die in ihnen arbeitenden Aerzte ausstreuen und pflegen, haben keine Ahnung davon, welche Verantwortung sie damit auf sich laden. Das gedruckte Wort, namentlich wenn es oft genug wiederholt wird, übt sicher seine Wirkung; alte, weit verbreitete Vorurtheile, das Bedürfniss nach Sensation bereiten den Boden, auf dem jene Saat reichlich aufgeht, und so kommt es, dass bis weit in die sogenannten gebildeten Kreise hinein Vorstellungen über Geisteskrankheiten und Irrenärzte von einer geradezu finsteren Rückständigkeit die Herrschaft ausüben und die Entschliessungen gegebenenfalls massgebend bestimmen.

Den Schaden tragen in erster Linie die Kranken.

Die Kosten der systematischen Aufhetzung zahlen die Fälle, die wegen der Scheu der Familie vor dem Worte „Anstalt" zu spät oder gar nicht zur Aufnahme gelangen, oder zu früh, ungeheilt wieder herausgenommen werden; es zahlen sie Staat und lokale Verbände in der vermehrten finanziellen Belastung durch die Pflege unheilbar Gewordener; es kommt auf dieses Conto ein grosser Theil der Fälle von Selbstmorden mit oder ohne Tödtung von Angehörigen, Fälle von schwerer Körperverletzung durch Geisteskranke, schwere soziale und finanzielle Schädigungen der Familie — kurz alle die dem Irrenarzte nur zu gut bekannten Ereignisse, die jeder von uns in kurzen Zwischenräumen immer wieder erlebt, und die, wenn sie systematisch ge-

sammelt würden, in ihrer Gesammtheit ein Bild geben würden, das dem Gefolge der bekannten Agitatoren mit ihren paar unbewiesenen, alljährlich wiederkehrenden Fällen von angeblich widerrechtlicher Freiheitsberaubung u. s. w. doch vielleicht zu denken geben würde.

Die durchschnittlich grundfalsche Auffassung vom Wesen der Geistesstörungen, wie sie auch bei den gebildetsten Laien vorherrscht, übt noch an einer anderen Stelle ihre verderbliche Wirkung aus, in der Rechtspflege. Ich selbst bin, wie ich mehrfach bekundet habe, weit davon entfernt, alle bei der Berührung von Rechtspflege und Psychiatrie sich ergebenden Misshelligkeiten den Juristen allein zur Last zu legen; ich bin der Meinung, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein guter Sachverständiger den ihm zukommenden Einfluss ausübt. Dazu ist aber vor Allem nothwendig, dass überhaupt ein Sachverständiger zugezogen und um seine Meinung gefragt wird. Noch immer zeigt die Statistik alljährlich eine erschreckende Zahl von Verurtheilungen von Geisteskranken und Schwachsinnigen, die zum grösseren Theile von keinem Arzte untersucht worden sind deswegen, weil dem Richter entweder an dem Betreffenden nichts Abnormes auffiel, oder weil er sich selber genügend competent erschien zur Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit. Eine bessere psychologische Schulung der Juristen ist deswegen eine Forderung, in der sich alte Wünsche der Irrenärzte mit stellenweise sehr lebhaft geäusserten neuen Wünschen einzelner Strafrechtslehrer begegnen. Bei dem passiven Widerstande, die bis jetzt die Mehrzahl der Juristen, auch der juristischen Fakultäten, noch leistet, da sie bei ihrer Ausbildung sich der Mängel an psychologischer Schulung nicht bewusst werden, wäre es nothwendig, eine intensive Sammlung von allem in diese Kategorie gehörigen Materiale vorzunehmen. Mit einzubeziehen wären dabei, soweit dies ausführbar ist, die militärischen Verhältnisse mit ihren zahlreichen Bestrafungen und Selbstmorden verkannter Geisteskranker und Schwachsinniger. Besonderer Beachtung bedürfen weiter alle diejenigen Fälle, bei denen sachlich wohlbegründet ärztliche Gutachten ignorirt worden sind. Zu sammeln sind dann solche Fälle, die Beweismaterial abgeben für die Nothwendigkeit der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Eingehend zu prüfen sind endlich diejenigen Vorkommnisse, die in kurzen Zwischenräumen den Zeitungsleser erschrecken, die Fälle von Internirung oder Entmündigung angeblich Geistesgesunder und dergleichen. Wenn man sich vergegenwärtigt, wie oft dem Einzelnen bei Lektüre der Tagespresse Notizen aufstossen, die die bisher berührten Punkte betreffen, so kann man sich eine Vorstellung davon machen was bei einer möglichst vollständigen Zusammenstellung von allem Hierhergehörigen im Laufe eines halben Jahres zusammenkommen würde.

Zur Erreichung dieses Zweckes bieten sich verschiedene Wege. Von der amtlichen Statistik und den Anstaltsberichten dürfen wir

nicht allzuviel erwarten; ausschliesslich auf freiwillige Mitwirkung der deutschen Irrenärzte liesse sich eine vollständige Sammlung auch nicht aufbauen; die Lust zu solchen Nebenleistungen pflegt nach einiger Zeit einzuschlafen. Am meisten Aussicht bietet die systematische Benutzung der Tagespresse mit Hilfe eines der litterarischen Centralbureaus, die alle über ein bestimmtes Thema im Bereich von ganz Deutschland erscheinenden Notizen (gegen Bezahlung) zusammenstellen. Bei der heutigen Art der Publicistik kann man mit ziemlicher Sicherheit darauf rechnen, dass kein Fall von Selbstmord, namentlich wenn er mit Tödtung von Angehörigen verbunden ist, kein Attentat Geisteskranker, keine angeblich wiederrechtliche Freiheitsberaubung oder Entmündigung, keine strafrechtliche Verhandlung, bei der psychiatrische Sachverständige mitwirkten, namentlich wenn gegen ihr Gutachten entschieden wurde, dem Schicksal entgeht, in der Presse besprochen zu werden. —

Alle solche Notizen würden an eine Centralstelle einzusenden und von dort aus weiter zu bearbeiten sein; diese Bearbeitung würde darin zu bestehen haben, dass in jedem Falle versucht wird, mit Hilfe der dem Ereigniss lokal am nächsten wohnenden Irrenärzte über die Thatsachen Authentisches zu erfahren, was in der Mehrzahl der Fälle möglich sein dürfte; über das gesammte Material wäre dann alljährlich, z. B. auf der Versammlung des Vereins deutscher Irrrenärzte, in Berichtsform Rechenschaft abzulegen; das Material sollte dann weiterhin in Broschürenform für die Oeffentlichkeit, Presse, Parlament u. s. w. und auch für die Regierungen zur Instruktion dienen. Es ist garnicht zweifelhaft, dass die intelligente Presse die beste Bundesgenossin der irrenärztlichen Bestrebungen werden wird, sobald sie durch die Ergebnisse unserer Sammlung von der Richtigkeit unserer Klagen überzeugt sein wird. — Wenn Sie mich fragen, warum ich gerade jetzt mit diesem Projekte komme, so könnte ich antworten, dass es damit immer zu spät, niemals aber zu früh sein kann. Es existirt aber noch ein direkt drängender Grund: die über kurz oder lang zu erwartende reichsgesetzliche Regelung aller mit dem Irrenwesen zusammenhängender Dinge, speziell die einheitliche Regelung des Aufnahmeverfahrens. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Wünsche der eigentlich Sachverständigen, der Irrenärzte, bei solchen gesetzlichen Festlegungen keineswegs immer auf das nothwendige Mass von Berücksichtigung rechnen können. Häufig sind wir auch zu uneinig gewesen, oder überhaupt zu spät aufgestanden, um die sachlichen Nothwendigkeiten mit dem erforderlichen Nachdruck vertreten zu können. Kommt es in nächster Zeit, so lange die jetzige Stimmung den Irrenärzten gegenüber im Publikum und Parlament besteht, zu einem Reichsgesetz, so können wir mit Sicherheit darauf rechnen, dass nichts Besseres kommt, als wir es jetzt haben, dass, ganz im Gegentheil, sehr bedenkliche und gefährliche Zustände für lange Zeit gesetzlich fixirt werden können. Da erscheint es nun als ein nützliches Vorgehen, dass

vom Vereine deutscher Irrenärzte aus etwas Einheitliches geschieht, nicht Lamentationen oder Proteste, sondern eine positive Leistung, Beschaffung eines erdrückenden Beweismateriales über die Ausdehnung und Art der Missstände, die zu beklagen sind, und zwar eine baldige Beschaffung, ehe es wieder zu spät ist.

Die Aussichten, die Gesammtheit der deutschen Irrenärzte zu grösserer Einheit zusammenzuknüpfen, sind ja heute besser als je; die Vollendung der deutschen Rechtseinheit nöthigt uns wenigstens auf gewissen Gebieten zu einer gemeinsamen Sprache, und die Einführung des Staatsexamens wird weiter die Nöthigung abgeben, durch weise Beschränkung des Einzelnen in classificatorischer Hinsicht eine Verständigung anzubahnen auf den Gebieten, in denen heute noch die bedauerliche Sprachverwirrung herrscht. —

So bitte ich die Versammlung, diesem Projekte, in dem nichts Trennendes, sondern nur Gemeinsames enthalten ist, Ihre Zustimmung zu geben: ich bitte Sie weiter, die Wahl als Persönlichkeiten für die geplante stasittische Commission vorzunehmen, und den erforderlichen Credit (300 M.) zu gewähren.

Diskussion: Herr *Pelman* schlägt dem Verein vor, die Anträge *Hoche's* anzunehmen. In Bezug auf die Personenfrage möchte er in erster Linie den Vortragenden in Vorschlag bringen, dann ein Mitglied des Vorstandes, und zwar im Hinblick auf die räumlichen Verhältnisse Herrn *Fürstner*. Auch die Summe könnte etwas reichlicher zu bemessen sein und vielleicht auf 400 M. zu erweitern sein.

Herr *Siemens*: Ich möchte auch dringend empfehlen, die Anträge *H.*'s anzunehmen. Da der Pressfirma, welche das Material liefern soll, immerhin das eine oder das andere Vorkommniss im Reiche entgehen kann, möchte ich die Vorschläge dahin erweitern, dass auch Sie alle, meine Herren Collegen im ganzen Reich, sich mit Eifer an der Sammlung authentischen Materials unaufgefordert betheiligen möchten.

Herr *Jolly* schliesst aus dem Beifalle, den der Vortrag des Ref. gefunden hat, dass auch diese Vorschläge allgemeine Zustimmung finden werden. Auch der Vorstand sei der Meinung, dass ein Vorgehen in diesem Sinne wünschenswerth sei. Als Name für die betreffende Commission sei vorzuschlagen: „Statistische Commission". Die Delegation eines Vorstandsmitglieds in die Commission müsse in den Sinn erfolgen, dass dieses Mitglied in allen Fällen, in welchen activ die Presse benutzt werden soll, die Entscheidung zu treffen habe.

Herr *Pelman* bittet, seinem Vorschlage noch den Zusatz zu geben, dass der zu wählende Ausschuss das Recht der Cooptation erhalte.

Herr *Hoche* dankt den Herren Vorrednern für ihre zustimmenden Worte. Die Interessirung aller deutschen Irrenärzte für die Sammlung würde von Seiten der Centralstelle durch besondere Aufforderungen, die eventuell in geringen Zwischenräumen zu wiederholen wären, zu erfolgen haben. Die

activen Mitglieder der Kommission wären am besten auf verschiedene Bezirke Deutschlands zu vertheilen. *H.* selbst ist gern bereit, eine auf ihn fallende Wahl als Mitglied der geplanten „statistischen Commission" anzunehmen.

Die Versammlung beschliesst, dass eine statistische Commission eingesetzt werden soll. Es wird zunächst Herr *Hoche* gewählt mit dem Rechte, weitere Mitglieder zu cooptiren. Als Vorstandsmitglied wird Herr *Fürstner* in die Commission delegirt.

Herr *Fürstner*: Ich bin bereit die Hemmschuhrolle zu übernehmen, wenn es mir gestattet ist, die praktische Ausführung von dem Beschlusse des Vorstandes abhängig zu machen.

Herr *Fürstner*-Strassburg: Giebt es eine Pseudo-Paralyse?

F. erörtert zunächst die Ueberschätzung, welche die Hinterstrangsdegeneration bei Paralytikern bezüglich Frequenz ihres Bestehens und ihrer Bedeutung für das Krankheitsbild gefunden hat, und glaubt, dass dies noch mehr begünstigt worden sei durch die Meinung *Mendel*'s, dass die Paralyse einen geänderten, milderen Verlauf aufweise, dass der „demente Verlaufstypus" prävalire vor dem mehr stürmisch verlaufenden, klassischen. Der erstere wurde früher besonders den Fällen zugeschrieben, in denen zu Tabes sich später cerebrale, paralytische Symptome gesellen, heute sei klinisch die Taboparalyse, anatomisch die Hinterstrangdegeneration das Hauptobjekt der Untersuchung.

F. prüft zunächst, ob sich eine Aenderung der Paralyse feststellen lasse bezüglich Frequenz des Vorkommens, bezüglich des Lebensalters, in dem sie auftritt. *F.* nimmt einen geringen Anstieg der Erkrankungsfrequenz an, er glaubt nicht an eine Zunahme jugendlicher Paralysen, bei denen die diagnostischen Schwierigkeiten besonders grosse. *F.* meint weiter, dass sich durch gewisse Erscheinungen eher eine Steigerung des der Paralyse zu Grunde liegenden Processes folgern lasse, Verkürzung der Krankheitsdauer, die *F.* auf 2 Jahre und weniger bemisst. „Die Zahl der Anfälle habe wohl keine wesentliche Aenderung erfahren, wohl aber nach *Fürstner*'s Erfahrungen der grobe anatomische Befund. Seltener geworden sei die hämorrhagische Pachymeningitis, namentlich in Hämatomform, ausgeprägtere Atrophien, voluminöser Hydrocephalus. *F.* gedenkt der Fälle, wo das klinische Bild sehr ausgeprägt, wo nach relativ kurzem Verlauf anatomische Veränderungen fehlten oder doch unverhältnissmässig gering waren. Im Uebrigen glaubt auch *F.*, dass die demente Form prävalirt, gerade die schneller entstehende Demenz hindere eben die Entwicklung andersartiger psychischer Begleitsymptome. Dagegen prävalire nicht die Taboparalyse. Früher wurden zu dieser nur Fälle gerechnet, wo die Tabes klinisch durch sichere Symptome erwiesen, heute werden vielfach Pupillenstarre und Fehlen der Reflexe als genügend angesehen. Anatomisch prävaliren die combinirten Erkrankungen: Seitenstrang- und Hinterstrangaffection. *F.* bespricht sodann die Gruppe der atypischen und Pseudo-

paralysen. Bezüglich der ersteren tritt er im Wesentlichen *Alzheimer* bei; er wünscht statt der Bezeichnung „atypische Paralyse", die „Paralyse mit Herderscheinungen" zu setzen, um die letztere kurz kenntlich zu machen. *F.* erörtert gesondert die Betheiligung der oberen, der tiefen Rindenschicht, die Erkrankungen des Marklagers, die Degeneration in den grossen Ganglien. Von den Pseudoparalysen erörtert *F.* eingehend die alkoholistische und die syphilitische. Er hält die Bezeichnung Pseudoparalyse nicht für gerechtfertigt, er will vielmehr die erstere zu den alkoholistischen, die letztere zu den syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems rechnen; mit Paralyse hätten die Fälle nichts zu thun. Diese Bezeichnung solle vorbehalten werden einer Gruppe von Fällen, wo die Symptome durchaus für die Diagnose Paralyse sprächen, der Verlauf aber zeige, dass eine solche nicht vorliege. *F.* betont, dass es schwierig für den Einzelnen sei, einschlägiges Material zu erhalten. Seiner Erfahrung nach spielen ätiologisch eine hereditäre Disposition, Excesse und Ueberarbeitung eine Rolle, seltener Trauma, noch seltener Lues. Diese Form schliesse sich an der pseudomultiplen Sclerose und andern Erkrankungsformen.

Der Vortrag wird demnächst in extenso publicirt werden.

Discussion Herr *Schüle*: Der soeben gehörte Vortrag ist so reich in seinem Inhalt, dass es unmöglich erscheint, auf alle Punkte einzugehen. Redner müsse deshalb nur das Eine hervorheben, für das sein Name aufgerufen wurde. Er kann nach seiner summarischen Erinnerung bestätigen, dass auch ihm die eigentlich schweren pathologisch-anatomischen Befunde bei Paralyse nicht mehr so häufig zu Gesicht kommen als früher. Er möchte übrigens diese pathologisch-anatomische Seite der Paralyse-Frage nicht für sich betrachtet und verglichen wissen, sondern immer auch in Beziehung zur ätiologischen. Stadt- und Landbevölkerung haben wohl im Grossen und Ganzen verschiedene Ursachen zur paralytischen Erkrankung; danach wird sich auch die Verschiedenheit in Form und Intensität des anatomischen Processes richten. Ferner kann Redner — allerdings abermals nur in summarischem Ueberschlag — dem Satz des Vorredners beitreten, dass der tabische Rückenmarksbefund keineswegs der prävalirende ist, vielmehr die combinirte Rückenmarkserkrankung. Für sehr wichtig hält Redner mit dem Vortragenden die genauere Erforschung der klinischen und anatomischen Frage der sog. Pseudoparalyse, und zwar ausser nach der diagnostischen und prognostischen Seite, namentlich nach ihrer Bedeutung für die Therapie und speciell für die Pathogenese. Wie wenig Genaues wir darin wissen, trotz der jahrelangen intensiven makro- und mikroskopischen Arbeit, erhellt schon daraus, dass bekanntlich alle histologischen Bestandtheile des Gehirns der Reihe nach für die letzte Ursache des Paralyseprocesses verantwortlich gemacht und immer wieder verlassen wurden. Gerade aber durch die genauere Kenntniss der Pseudo-Paralyse. in welcher die Natur gleichsam das Gegenexperiment einer heilbaren Paralyse

uns vorlegt, würden wir nach dieser interessantesten Seite unserer Erkenntniss tiefer zu dringen lernen. Speciell die alkoholistische Gruppe der Pseudoparalyse habe der Vortragende nach des Redners Ansicht klinisch differentiell richtig und scharf gezeichnet. Redner empfiehlt den Aufruf des Vorredners zu einem gemeinsamen Vorgehen in dieser Frage genauester Einzelforschung angelegentlich. Zum Schluss erwähnt er die von ihm früher schon veröffentlichte Beobachtung, wo eine klinisch-symptomatologisch in jeder Hinsicht gesicherte Paralyse nach Auftreten von einer Otitis media mit reichlichem Eiterausbruch zurücktrat und jetzt seit 20 Jahren nicht wiedergekehrt ist. Der betreffende Officier hat sich verheirathet und ist bisher gesund geblieben.

Herr *Gaupp*: Das Krankheitsbild, das Herr *F.* heute als echte Pseudoparalyse beschrieben hat, hat die Heidelberger Schule bei ihren jährlichen Nachforschungen nach dem Schicksale ihrer früheren Kranken ebenfalls kennen gelernt. Es weist genau die Züge auf, welche Herr *F.* geschildert hat: anscheinend typische Symptome körperlicher und psychischer Art, aber keine Progression. Die *Schaffer*'schen Untersuchungen, die Herr *F.* kurz erwähnte, werden in einer Kritik, die *Nissl* im Centralbl. f. Nervenhlkd. über das Buch veröffentlichen wird, als nicht beweisend dargethan werden. Ich möchte an den Herrn Vortragenden die Frage richten, ob er jetzt auch der Ansicht ist, dass der paralytischen Pupillenstarre spinale Veränderungen zu Grunde liegen, und dass die Opticusatrophie nur bei den tabischen Paralysen, nicht bei den Formen mit reiner Seitenstrangs- oder gemischter Strangerkrankung vorkommt. Als ich 1898 diesen Standpunkt vertrat, fand ich bei den Fachgenossen wenig Beifall. Seither haben sich die Stimmen gemehrt, die meine Auffassung von der spinalen Localisation der Pupillenstarre und der tabischen Natur der Opticusatrophie theilen.

Herr *Jolly* erörtert zunächst die Frage, ob eine Aenderung des Bildes der Paralyse im Sinne *Mendel*'s anzunehmen ist. Er ist der Meinung, dass die Aenderung nur darin beruhe, dass die Fälle der dementen Form zugenommen hätten, dass dies aber z. Th. auf der Erweiterung der Diagnose beruhe. *Robertson*'sches und *Westphal*'sches Phänomen seien erst in der 2. Hälfte der 70er Jahre bekannt und seitdem allmählich für die Diagnose der Paralyse verwerthet worden. Mit der Zunahme dieser Diagnose sei auch das Bild der Paralyse verschwommener geworden, und dadurch einerseits eine relative Veränderung der anatomischen Befunde, andrerseits das Bedürfniss, Pseudoparalysen zu unterscheiden, zu Stande gekommen. Bezüglich der pathologischen Befunde bestätigt *J.* das seltene Vorkommen des Hämatoms der Dura. Dies sei aber auch früher selten gewesen. Es sei möglich, dass gelegentliche Häufung in früherer Zeit traumatisch zu erklären sei als Resultat der Zellenbehandlung. Eine absolute Abnahme des Vorkommens der Ventrikelerweiterung und der Ependymitis kann *J.* nicht constatiren. Bezüglich der Pseudoparalyse bestätigt er das Vorkommen von Fällen, wie sie der Referent zuletzt angeführt hat, er möchte aber auch

die syphilitische Pseudoparalyse nicht ganz beseitigen, da vereinzelte Fälle vorkämen, in welchen bei ganz typischer Form der Paralyse durch Quecksilberbehandlung Heilung oder dauernde Besserung erzielt wurde.

Herr *Hitzig* hält es nach seinen Erfahrungen für zweifelhaft, ob der Verlauf und der Symptomencomplex der Paralyse gegen früher sich wesentlich geändert hat, will jedoch sein Material — gleich *Jolly* — nach dieser Richtung hin prüfen lassen.

Herr *Jolly* antwortet auf eine Frage des Herrn *Schüle*, dass er durchaus keine besonderen Modificationen der Quecksilberbehandlung vorgenommen, sondern die gewöhnliche Schmierkur angewendet habe. Die günstigen Fälle seien selbstverständlich selten, aber sie prägten sich eben deshalb umsomehr dem Gedächtniss ein.

Herr *Fürstner* (Schlusswort): Es lässt sich gewiss nicht leugnen, dass zunächst der subjective Eindruck bei dieser Frage eine grössere Rolle spielt, als das objective Beweismaterial. Wir werden aber zunächst auf Grund des ersteren gewisse Resultate abstrahiren und dann dieselben mit letzteren vergleichen. Was die Luesfälle angeht, so meine ich, dass die Fälle, wo die specifische Behandlung Heilung erzielte, nicht Paralysen waren, sondern Fälle von circumscripten Veränderungen, die das Bild der Paralyse vortäuschten. Bei letzteren selbst habe ich auch, wo Lues feststand, keinen Erfolg mit Schmierkuren gehabt. Die Hämatome durchaus als traumatisch aufzufassen, erscheint mir nicht gerechtfertigt. Die gleichzeitige hochgradige Atrophie scheint dafür zu sprechen, dass auch der Krankheitsprocess eine Rolle spielt. Bezüglich der Opticusatrophie glaube ich, dass sie nur bei reinen Tabesfällen, nicht bei combinirten, vorkomme. Die Pupillenstarre wird in manchen Fällen abhängen von spinalen Veränderungen, in anderen aber von cerebralen. In ersteren würde nur die Sprachstörung noch cerebral sein.

Herr *Wolff*-Basel, Die physiologische Grundlage der Lehre von den Degenerationszeichen.

Da die Lehre von den Degenerationszeichen einen Zusammenhang zwischen geistiger bezw. nervöser Anomalie und körperlichen Missbildungen annimmt, so führt die Frage nach der physiologischen Grundlage dieser Lehre in letzter Linie zu der entwicklungsphysiologischen Frage: hat das Nervensystem einen Einfluss auf körperliche Entwicklungsvorgänge? Diese Frage ist in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchungen vielfach discutirt worden; später aber scheint das Problem wieder vergessen worden zu sein, bis es gegen Ende des vorigen Jahrhunderts wieder aufgenommen und auf experimentellem Wege zu lösen versucht wurde. Der Erste, welcher, wenigstens für wirbellose Thiere, den experimentellen Nachweis lieferte, dass das Nervensystem einen Einfluss auf Entwicklungsvorgänge haben kann, ist *Kurt Herbst*, welcher zeigte, dass bei Krebsen das abgeschnittene Auge sich nur wieder

regenerirt unter dem Einfluss eines vom Ganglion opticum ausgehenden nervösen Reizes. An Wirbelthieren hat der Vortragende in der letzten Zeit die Frage studirt, ebenfalls mit positivem Ergebniss. Er konnte feststellen, dass bei Tritonen die Regeneration einer abgeschnittenen Extremität nur erfolgt unter dem Einfluss eines durch das Rückenmark vermittelten nervösen Reizes, dass bei Unterbrechung der Verbindung mit dem Rückenmark eine Regeneration nicht erfolgt, bezw. ein bereits eingeleiteter Process unterbrochen wird, und dass ferner bei mangelhafter spinaler Verbindung das Regenerationsproduct Missbildungen zeigt, die sich in der Reduction der Zehenzahl kundgeben. Eine Anzahl von Thieren mit derart künstlich erzeugten Degenerationszeichen wird demonstriert.

Keine Discussion.

Herr *H. Gudden*-München: Beiträge zur Anatomie und topographischen Anatomie des Hirnstammes.

Der Vortragende macht auf eine bisher wenig geübte Methode der Erforschung des Centralnervensystems, speciell des Hirnstammes, aufmerksam, welche in der Anlegung von Serien besteht, die in Combinationen von sagittaler, horizontaler und frontaler Schnittrichtung angefertigt sind. Es gelingt dadurch, nicht nur bekannte Fasersysteme in dem grössten Theil ihres Verlaufes zur Darstellung zu bringen, sondern auch zahlreiche, bisher wenig oder garnicht bekannte Faserzüge zu erkennen. Der Vortragende demonstrirt mittels Projectionsapparates den Werth der Methode zunächst an Präparaten, welche die Pyramidenkreuzung, das Solitärbündel, die absteigende Trigeminuswurzel, die centrale Haubenbahn, die centralen Acusticusbahnen, den Fasc. retroflexus *Meynert* in ihrem ganzen Verlaufe zeigen, um am Schluss die topographischen Verhältnisse des Haubenbündels und des hinteren Längsbündels genauer zu erläutern.

Keine Diskussion.

Herr *Westphal*-Greifswald: Beitrag zur Pathogenese der Syringomyelie.

Der Vortragende demonstrirt mit dem Projektionsapparat mikroskopische Präparate zweier Fälle von Syringomyelie, deren klinische Beobachtung[1]) er in der Charité gemacht hatte.

In dem ersten Fall handelt es sich um eine 39jährige Frau, Potatrix strenua, welche 3 Jahre vor ihrem Tode zwei Stock hoch aus dem Fenster gesprungen war und dabei eine Fractur der linken Tibia und Fibula davongetragen hatte. Seit etwa einem Jahre litt sie an heftigen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, bei denen sie wiederholt hinstürzte und

---

[1]) Der klinische Verlauf dieser Fälle und das Sektionsergebniss ist bereits im 64. Bande des deutschen Archivs für klinische Medicin veröffentlicht worden.

sich mannigfache Verletzungen, besonders des Kopfes, zuzog. Seit einem Fall mit dem Kopf auf eine Tischkante, drei Tage vor ihrer Einlieferung in die Charité, soll das Bewusstsein andauernd getrübt gewesen sein. Seit dem schweren Trauma vor drei Jahren leidet die Frau nach Angabe ihres Mannes an reissenden Schmerzen in den Beinen und „Brennen im Hacken", seit einem Vierteljahre an Doppelsehen. Die Muskelkraft und Bewegungsfähigkeit der Frau ist bis zuletzt gut erhalten gewesen.

Bei der Aufnahme war Patientin verwirrt, schwer besinnlich, klagte über Kopfschmerzen. Die Pupillen waren different, die Lichtreaktion, zuerst noch nachweisbar, war an den folgenden Tagen erloschen; rechts bestand leichte Ptosis. Lähmungserscheinungen der Extremitäten waren nicht nachweisbar, die Kniephänomena lebhaft. Nirgends Atrophien sichtbar. Eine Sensibilitätsprüfung war bei der Verwirrtheit der Patientin nicht ausführbar. Die Wirbelsäule zeigte leichte Scoliose.

Tod am 7. Tage nach der Aufnahme.

Die Sektion ergab: Pachymeningitis interna haemorrhagica, theils alten, theils frischeren Datums. Frische Blutungen im Pons neben älteren Herden.

Höhlenbildung im Rückenmark vom Cervical bis zum Lendenmark reichend.

Nephritis interstitialis chronica.

Der Vortr. weist an der Hand der demonstrirten Präparate nach, dass die Höhlenbildung in diesem Fall durch Zerfall einer Gliose entstanden ist. Auf entwickelungsgeschichtliche Störungen zurückzuführende Befunde waren am Centralnervensystem nicht vorhanden. Die Frage, ob das vor Jahren erlittene schwere Trauma als ätiologisches Moment der Syringomyelie herangezogen werden darf, kann an der Hand der Anamnese und der klinischen Beobachtung nicht entschieden werden. Es ergiebt aber die pathologische anatomische Untersuchung bemerkenswerthe Hinweise für die Art der Entstehung des Leidens.

Die demonstrirten Präparate zeigen, dass die noch nicht zerfallene Gliose im Hinterhorn des Lendenmarks mit Klumpen und Haufen alten Blutpigments geradezu überschwemmt ist, dass sich ferner im Pons an den verschiedensten Stellen ausser frischen Blutungen, zahlreiche grössere und kleinere aus Proliferations- und Homogenisationsprocessen der Glia hervorgegangene Herde, nachweisen lassen.

Es wird darauf hingewiesen, dass diese Herde stets in der Umgebung von Blutgefässen auftreten, von Blutfarbstoff durchtränkt sind, mehr oder weniger veränderte Blutbestandtheile enthalten, und dass sich Uebergänge von den frischen Haemorrhagieen zu den gliösen, zum Theil Zerfallserscheinungen aufweisenden Herden, auffinden lassen.

Der Vortragende führt die Gründe an, nach denen es wahrscheinlich ist, dass die Gliose des Rückenmarks, auf dieselbe Ursache, wie die gliösen Processe im Pons, zurückzuführen ist und neigt der Ansicht zu, dass den

nachgewiesenen Blutungen eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung dieser Veränderungen zukommt. Die Vorstellung, dass das vor Jahren stattgehabte schwere Trauma zur Haematomyelie des Lendenmarks geführt hat, wie die späteren leichteren Traumen Ponsblutungen zur Folge gehabt haben, findet in den anatomischen Befunden ihre Grundlage.

Thatsache ist, dass sich aus solchen Haematomyelien Höhlen und Cysten bilden können. Die Frage, ob sich auch progrediente Gliosen aus Blutungen entwickeln können, ist viel diskutirt worden.

Die demonstrirten Präparate sprechen für die Richtigkeit der Annahme, dass unter uns noch unbekannten Bedingungen, Haematomyelieen zur progredienten Gliose und Syringomyelie führen können.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine früher syphilitisch inficirte, an chronischer Nephritis leidende Patientin, welche in benommenem, wahrscheinlich uraemischem Zustand in die Charité aufgenommen wurde und schon nach zwei Tagen starb. Es bestand eine Atrophie des linken Armes mit partieller Empfindungslähmung, soweit bei dem psychischen Verhalten der Patientin aus der Sensibilitätsprüfung Schlüsse gezogen werden konnten.

Die Sektion ergab Nephritis chronica interstitialis et parenchymatosa, Pachymeningitis interna haemorrhagica, Syringomyelie des Cervical- und Dorsalmarks; im Lendenmark deutliche haemorrhagische Verfärbung des rechten Hinterhorns.

Die demonstrirten Rückenmarkspräparate[1]) zeigen, dass auch in diesem Fall, wie in dem vorhergehenden, die Höhlenbildung aus einer zerfallenen Gliose hervorgegangen ist, ohne dass in der Entwickelung begründete Anomalieen nachweisbar waren. Die Untersuchung des Rückenmarks hat aber einen anderen Befund ergeben, der für die Deutung der Entstehung der Syringomyelie wohl nicht ohne Bedeutung ist. Es fand sich, wie aus der Demonstration hervorgeht, ein lang gestreckter Erweichungsherd, der kanalartig die graue Substanz des rechten Hinterhorns vom Sacralmark bis zum oberen Lendenmark durchsetzte. Der haemorrhagische Charakter des Klumpen Blutpigments enthaltenden Herdes, sein in allen Höhen nachweisbarer Zusammenhang mit einem Blutgefäss, lassen darauf schliessen, dass derselbe aus einer, sich röhrenförmig durch die graue Substanz erstreckenden Blutung hervorgegangen ist. An diesen langgestreckten Erweichungsherd schliesst sich cerebralwärts unmittelbar die Gliose an, durch deren Zerfall die Syringomyelie hervorgegangen ist. Die Lokalisation der Gliose, ihr reichlicher Gehalt an Blutpigment, weisen darauf hin, dass es sich wohl um kein zufälliges Nebeneinandervorkommen dieser Veränderungen handelt, sondern dass Gliose und Erweichungsherd auf dieselbe Ursache zurückzuführen, durch eine Blutung entstanden sind.

---

[1]) Pons und Medulla oblongata ergaben makroskopisch keine Veränderung, sind durch ein Versehen zur mikroskopischen Untersuchung nicht eingelegt worden.

Eine Erklärung für den progressiven Charakter der Gliose vermag der Vortragende nicht zu geben, da bestimmte Anhaltspunkte für das Vorausgegangensein einer sich durch das ganze Rückenmark erstreckenden Röhrenblutung nicht vorhanden sind. Wie bei dem vorigen Fall, muss auch bei dieser Beobachtung die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass unter uns noch unbekannten Bedingungen, durch zunächst lokalisirte gliöse Prozesse Gliosen zur Entwickelung kommen.

Zum Schlusse hebt der Vortragende, das Ergebniss seiner Befunde zusammenfassend, hervor, dass dieselben in Verbindung mit den Untersuchungen *Minor*'s und *Fr. Schultze*'s auf die Entstehungsweise echter Syringomyelieen aus Haematomyelieen mit besonderer Deutlichkeit hinweisen und diese Genese der Syringomyelie, wenn auch nur für eine kleine Gruppe von Fällen, sehr wahrscheinlich machen.

Die ausführliche Veröffentlichung des Vortrages wird im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erfolgen.

Keine Diskussion.

Der Vorsitzende schliesst mit den üblichen Dankesworten die Versammlung um 12 Uhr Mittags.

Am Montag hatte nach Schluss der ersten Sitzung das Festmahl im „Bayrischen Hof" stattgefunden. Am Dienstag wurde ein Ausflug nach dem Starnberger See unternommen.

Als Mitglieder traten dem Verein neu bei die Herren: *Berger*-Jena, *Brandl*-München, *Braune*-Schwetz, *Schott*-Zwiefalten, *Schwabe*-Plauen, *Tesdorpf*-München, *Vocke*-München, *Vogt*-Göttingen, *Wachsmuth*-Marburg, *Weichelt*-Andernach, *Weissenrieder*-Liebenau.

H. Gudden-München. *Raecke*-Kiel.

---

105. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1902.

Anwesend die Herren: *Anker*-Berlin, *Baer*-Lichtenberg, a. G., *Max Edel*-Charlottenburg, *Falkenberg*-Wuhlgarten, *Fehrs*-Lichtenberg, a. G., *Geelvink*-Westend, *Gock*-Landsberg a. W., *Guttstadt*-Berlin, *Jastrowitz*-Berlin, *Jolly*-Berlin, *Kann*-Berlin, a. G., *Laehr* sen.-Zehlendorf, *Hans Laehr*-Zehlendorf, *Matzdorf*-Bernau, *Moeli*-Lichtenberg, *Möller*-Berlin, *R. Mittenzweig*-Lichtenberg, a. G., *C. Neisser*-Leubus, *Otto*-Lichtenberg, *Richter*-Dalldorf, *Roesen*-Landsberg a. W., *Rosse*-Lichtenberg, *Sander*-Dalldorf, *Ulrich*-Eberswalde, *Werner*-Dalldorf, *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Jolly*, *Laehr* sen., *Moeli*, *Sander*.

Vorsitzender: *Moeli*.

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung und macht Mittheilung von einigen Eingängen.

Herr *Rosse*-Lichtenberg: Beitrag zur Blutdruckmessung bei Geisteskranken.

Die betreffenden Blutdruckuntersuchungen sind mit dem Tonometer von *Gärtner* vorgenommen worden, das wegen seiner leichten Handhabung und seiner wohl als sicher zu betrachtenden Resultate ausersehen zu sein scheint, die übrigen Apparate zur Bestimmung des Blutdrucks zu verdrängen. Dieser Apparat besteht im Wesentlichen aus einem pneumatischen Ring, d. h. einem Ringe, dessen Innenseiten aus dünnem Kautschuk bestehen und durch Einpressen von Luft bis zum völligen Contact der Wände aufgebläht werden können. Diese Aufblähung wird erzielt durch Compression eines Gummiballes, der durch einen Gummischlauch mittels fester Verschraubung mit dem pneumatischen Ringe in Verbindung steht. Von diesem Gummischlauch zweigt sich ein zweiter Schlauch ab, der mit dem Metallmanometer verbunden ist. Das in die unten befindliche Ausbauchung des Manometers eingegossene Quecksilber, dessen Niveau den Nullpunkt der angebrachten Scala erreicht, wird bei Compression des Gummiballes durch die entstehende Luftverdichtung der über dem Quecksilber befindlichen Luft, also durch Druck von oben her in die unten offene und in die Ausbauchung tief hineinragende Manometerröhre gepresst.

Dieses Manometer bietet vor dem zweischenkligen den Vortheil, dass man nur eine Ablesung vorzunehmen hat. Zur Bestimmung des Blutdrucks streift man den pneumatischen Ring über die Mittelphalanx des Ringfingers, macht dann durch langsames Ueberstreifen resp. Ueberrollen eines gewöhnlichen Gummiringes die Fingerspitze bis zum ersten Fingergelenk blutleer, comprimirt sodann durch zwei in einem Charniergelenk bewegliche Holzplatten, die mit einer Verschraubung versehen sind, den Gummiball und setzt den Gefässbezirk der Mittelphalange unter einen Druck, dessen Höhe man an dem Manometer ablesen kann und der natürlich höher sein muss als der bei der Messung zu erwartende Blutdruck. Dann entfernt man langsam durch Abrollen den die Blutleere erzeugenden Gummiring. Man hebt nun durch allmähliches aber continuirliches Schrauben der Compressionsvorrichtung den auf den Arterien Digit. lastenden Druck auf und erwartet unter scharfer Beobachtung die Röthung der Endphalanx. In diesem Augenblick hört man mit der Druckerleichterung auf und liest am Manometer den Druck ab, unter dem das Blut in die Gefässe der Fingerleere einströmt. Hieraus geht hervor, dass das Blut einströmt, sobald der Blutdruck etwas höher ist als der am Manometer abgelesene. Der wahre Werth des Blutdrucks liegt zwischen zwei Zahlen, die man kurz vor und kurz nach dem Einströmen ablesen müsste. Es bleibt somit eine kleine Fehlerquelle, da der am Manometer abgelesene Druck etwas geringer ist als der Blutdruck. Diese Fehlerquelle kann man jedoch durch ganz allmähliches Schrauben an der Compressionsvorrichung so verringern, dass

sie praktisch wohl nicht wesentlich in Betracht kommen dürfte. Die Compression der Art. Dig. in der Mittelphalanx ist eine vollkommene, da die Kautschukmembrane des pneumatischen Ringes der Aussenfläche des betreffenden Fingerbezirkes fest anliegt und somit nichts von dem erzeugten Druck absorbirt wird, andererseits findet die Compression auf eine in concentrischen Kreisen um einen runden Knochen gelagerte weiche Muskelschicht statt, man erhält also den in den Art. Dig. herrschenden Druck. Der erhaltene Blutdruck ist ferner der maximale Blutdruck der systol. Pulswelle, d. h. der höchste Druck, bei welchem das Blut den auf ihm lastenden Druck zu überwinden vermag.

Das eigentliche Kriterium zur Ermittelung des Blutdrucks ist also die Wahrnehmung eines Farbenunterschiedes, indem das einschiessende Blut die vorher blasse amämische Phalanx roth färbt und zwar, da der im pneumatischen Ringe noch herrschende Druck den Rückfluss des Blutes hindert, intensiv roth färbt. Ich möchte hierbei einer zweiten geringen Fehlerquelle Erwähnung thun, die leider weniger constant ist, als die zuerst angeführte beim Ablesen des Blutdrucks und somit auch nicht so leicht vernachlässigt werden kann. Es kann nämlich die Frage aufgeworfen werden, ob man sofort bei beginnender Röthung am Manometer ablesen oder bis zur völligen Röthung der Fingerleere warten soll. Bei zarter Epidermis werden hierbei keine Schwierigkeiten entstehen, da man ja den Beginn des Einströmens deutlich an dem durchschimmernden Blut erkennen kann und in diesem Moment die Schraube am Compressionsverschluss fixirt. Bei dem mit starker Epidermis bedeckten Arbeiterfinger wird man natürlich den Anfang der Röthung der Finger selbst bei möglichst guter Beleuchtung, die natürlich Voraussetzung ist, erst später erkennen und daher auch erst später mit dem Zurückschrauben aufhören. Es wird daher der am Manometer abgelesene Werth einen geringeren Blutdruck angeben als den thatsächlich herrschenden. Man kann bei diesen Leuten mit Vortheil die Dorsalseite des Fingers, und zwar das Nagelbett und dessen Rothfärbung benutzen.

Ich möchte nun kurz noch auf einige andere Punkte, die bei Anwendung des Apparates zu beachten sind und auf die besonders *Gärtner*, *Heim* u. A. aufmerksam gemacht haben, eingehen:

I.

Bei fast allen Personen, die überhaupt fähig sind, auf das, was in ihrer Umgebung vor sich geht, zu achten, ist die erste Messung nicht zu verwerthen, da der Blutdruck bei dieser erfahrungsgemäss ein höherer ist, als der später zu beobachtende, gewöhnlich wohl um 10—20 mmHg höher, aber auch mehr je nach der Labilität der betreffenden Personen. Dies ist besonders, worauf ich noch zu sprechen kommen werde, der Fall bei neurasthenischen und hysterischen Personen, sowie namentlich bei Angst- und Erregungszuständen. Ablenkung durch Unterhaltung.

II.

Man hat ferner Einwände geltend gemacht, ob mehrere Messungen an ein und demselben Finger hintereinander ausgeführt werden können. *Fränkel* hat angeführt, dass nach Aufhebung der Compression die Gefässe in einen Zustand lähmungsartiger Natur gerathen bei der relativ starken Muscularis der peripheren Arterien. Dagegen hat *Heim* geltend gemacht, dass dieser Fehler vernachlässigt werden könne, da die Erschlaffung der Muscularis nur eine geringe Strecke centralwärts gehe und dass also der etwas weiter centralwärts herrschende Blutdruck gemessen würde. Ich glaube, dass bei der Constanz dieses eventuellen geringen Fehlers derselbe vernachlässigt werden kann und habe bei wiederholten Messungen an demselben Finger constante Resultate erhalten.

III.

Es ist ferner von grosser Wichtigkeit, in welcher Lage des Körpers und in welcher Lage der Hand man die Messung vornimmt. Es werden in der Praxis Messungen im Sitzen und im Liegen in Betracht kommen. In beiden Körperstellungen kann man der Hand stets dieselbe Lage geben, nämlich sie in Herzhöhe halten lassen, da sonst noch die Niveau-Differenz zwischen Herz und Finger in Betracht kommt, die nach *Gärtner* in einer Höhe von 10 cm den Blutdruck um ca. 7 mm verändert. Man wird also genau auf diese Stellung der Hand zu achten haben und es ist mir nur einige Male vorgekommen, dass trotz Anwendung eines kräftigen, die Fingerkuppe anämisirenden Ringes diese sofort nach Abstreifen derselben sich intensiv röthete und so eine Messung unmöglich machte. Man wird, um die Messung überhaupt zu ermöglichen, in einem solchen Falle den Arm vielleicht 1—2 Minuten hoch halten lassen und in dieser Stellung der Hand die Messung vornehmen, da hierbei das Blut noch einen Weg nach aufwärts zurückzulegen hat. Der erhaltene Druckwerth wird natürlich ein geringerer sein als bei der üblichen Stellung der Hand, und man wird eine bestimmte Anzahl mmkg hinzuaddiren müssen, um den Blutdruck bei Stellung der Hand in Herzhöhe zu erhalten. Beiläufig bemerkt, beträgt nach Messungen von *Schott* in Nauheim die Differenz der Blutdruckwerthe bei Haltung der Hand in Herz- und Kopfhöhe bei Herzkranken 2—3 mal so viel als bei Gesunden, wofür *Schott* eine leichtere Ermüdbarkeit des Herzmuskels bei Herzkranken geltend macht.

IV.

Als das wichtigste Hinderniss bei der Messung führt *Gärtner* den Einfluss der Kälte an, unter dem die Kapillaren der Haut so stark contrahirt sind, dass eine Röthung der Fingerbeere erst bei aussergewöhnlicher Herabsetzung des Druckes eintritt. Die Finger sind durch die Kälte blass oder bläulich und man kann in diesem Falle eine Probe von *Gärtner* anstellen, indem man nämlich zusieht, ob sich die Endphalange bei einem Druck von ca. 70 mmHg in dem um die Mittelphalange gelegten Ringe röthet. Tritt die Röthung ein, so liegt keine krampfartige Contraction der Capillaren

vor und man kann die Messung beginnen. Liegt jedoch eine krampfartige Contraction vor, so kann man, wenn man nicht bis zur Erwärmung warten will, nach *Gärtner* einen geringeren Druck von 20—40 mmHg einwirken lassen, sodass das Blut zwar einströmen, aber schwer abfliessen kann. Hierdurch wird der Tonus der Capillaren aufgehoben.

Ich möchte nur noch ganz kurz auf das mit einem Metallmanometer nach dem System *Bourdon* versehene Tonometer zu sprechen kommen, das ebenfalls von *Gärtner* angegeben,

1. den Vortheil der leichteren Transportabilität und
2. den der leichteren und sichereren Anwendung bei unruhigen Kranken

bietet.

Die in Folge leichter Abnutzung der Feder sowie häufigen Hakenbleibens des Zeigers an dem durch Witterungseinflüsse etc. sich wölbenden Zifferblatt, sowie des ab und zu sprungweise sich Zurückbewegens des Zeigers, das trotz aufmerksamer Handhabung der Schraube manchmal eintrifft, ist eine Controle dieses Manometers nothwendig, die man nach *Gärtner* sehr einfach dadurch ausführt, dass man die Uhr an Stelle des pneumatischen Ringes in den Hg-Manometer-Apparat einschaltet und nun unter Ablesung an der Hg-Säule das Zifferblatt empirisch graduirt.

Die Aufbewahrung dieses Apparates findet zweckmässig bei mittlerer Temperatur und unter Einfetten der zarten Gummitheile mit Vaselin statt.

Die Ringe kann man sich in beliebiger Grösse, je nach der Grösse des betreffenden Fingers, von Drainröhren oder Schlundsonden schneiden.

Was nun die von mir bei Geisteskranken vorgenommenen Messungen betrifft, so habe ich von der Aufstellung eines Normalblutdrucks Abstand genommen und zwar, weil ich glaubte, dass hierbei eine grosse Menge kleinerer Schwankungen unberücksichtigt bleiben könnte. Zur Vereinfachung habe ich z. B. bei Aufstellung einen Durchschnittsblutdruck von je 8 Tagen genommen.

Was die Auswahl der zu Messenden anbetraf, so habe ich zunächst Kranke mit schweren organischen, namentlich Herz- und Gefässerkrankungen, wenigstens bei einem Theile der zu Untersuchenden, ausgeschieden, um eine nicht noch grössere Schwierigkeit, als sie bei der Menge der einwirkenden Factoren in der Sichtung der einzelnen Momente schon besteht, herbeizuführen und habe als Ausgangspunkt für einen Theil meiner Untersuchungen ein Organ mit physiologisch wechselndem Zustande genommen, nämlich die weiblichen Sexualorgane, indem ich glaubte, dass mit dem Wechsel der Blutmenge in denselben und nach dem allgemeinen physiologischen Gesetze: „Der arterielle Druck innerhalb eines gewissen Gebiets des Schlagadersystems muss steigen oder fallen, je nachdem benachbarte Gebiete sich verengern oder sich erweitern“, eine relativ sichere Basis für diese Untersuchungen hierdurch gewonnen zu haben.

Schon beim sogenannten normalen Weibe übt die Menstruation einen mehr oder weniger grossen Einfluss auf seinen psychischen Zustand aus,

ganz abgesehen von Menstruationsstörungen bei Erkrankungen des Urogenitalapparates. Viel schärfer gestaltet sich dieser Einfluss bei psychisch abnormen Personen, namentlich aber bei imbecillen Mädchen, die zu Erregungszuständen neigen, bei Hysterischen mit ihrem Stimmungswechsel und auch bei Neurasthenischen. Eine Gruppe derartig Kranker, ferner eine Reihe älterer Personen, auf welche die Menstruation keinen wesentlichen Einfluss ausübt, wurde während der Zeit von 4 Monaten täglich meist unter den vorerwähnten Vorsichtsmassregeln in Bezug auf das Verhalten des Blutdrucks untersucht.

Die psychischen Störungen bei den erstgenannten ohnehin labilen Personen während der Menstruation bestanden durchweg in allgemeiner Reizbarkeit und Verstimmung, typischem und raschem Stimmungswechsel, Angstzuständen unbestimmter Art, bei denen Hallucinationen meist hysterischer Färbung vorkamen. Bei den meisten dieser Kranken verlief die Menstruation unter theils mehr theils weniger heftigen Beschwerden, wie Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Ziehen im Kreuz und Druck im Leib, dabei bestand wenigstens Anfangs grosse Mattigkeit. Diese Störungen traten auch ohne Erkrankungen des Genitalapparates auf.

Zum Zustandekommen dieser mannigfachen und im Vergleich zu den Menstruationsbeschwerden normaler Personen heftigen Störungen des Allgemeinbefindens körperlicher und psychischer Art genügt vielleicht schon bei diesen labilen Kranken die Vorstellung und das Denken an die Periode und die damit verbundenen Unannehmlichkeiten; auch kann man sich wohl vorstellen, dass diese Menstruationsstörungen ebenso wie die somatischen Störungen anderer Art, z. B. Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung etc. ein Ausdruck der gesammten anormalen Constitution dieser Kranken sind. Der Blutdruck stieg hier, während er im Intermenstruum im Grossen und Ganzen gleich war resp. nur rasch an- und absteigende Veränderungen zeigte, während der Dauer der Menstruation um ca. 20 mm und erhielt sich, was als charakteristisch im Gegensatze zu den vorher erwähnten Blutdruckschwankungen angesehen werden kann, auf annähernd derselben Höhe. Ungefähr gleichzeitig mit dem Ansteigen setzten auch die vorher erwähnten psychischen Erscheinungen ein. Einige Male konnte ich bereits vor Eintritt der Menses und der psychischen Störung ein Ansteigen des Blutdrucks und ein Anhalten des erhöhten Drucks nach Verschwinden beider beobachten. Man könnte dieses Blutdruckverhalten als prä- und postmensuale Drucksteigerung bezeichnen. Ich möchte in diesem Falle der Blutdruckerhöhung eine indirect schädigende Wirkung zuschreiben. Der Puls war hierbei meist beschleunigt, voll und ab und zu unregelmässig, die Arterie stark gespannt.

In der Reihe der anderen gemessenen Personen, bei denen sich wesentliche Störungen nicht geltend machten, blieb der Blutdruck annähernd derselbe, bei einigen war ein geringes Fallen des Blutdrucks nicht zu verkennen. Abgesehen von der Zeit der Menstruation kamen bei den gemessenen hysterischen Frauen rasch vorübergehende Blutdrucksteigerungen

vor, auch waren die physiologischen Schwankungen derselben z. B. nach Muskelanstrengungen oder nach langer Ruhe, z. B. nach dem Schlaf höher und rascher vorübergehend. Die höchsten gewonnenen Werthe, 150 mmHg und zwar bei einem wahrscheinlich traumatischen Hysteriker, der im Winter 1900/1901 zur Beobachtung in der Anstalt sich befand, konstant 140/150 mmHg, und auch jetzt zeigte der Kranke, nachdem er fast ein Jahr ausserhalb der Anstalt war, bei einigen Messungen konstant dieselben hohen Werthe.

Die oben erwähnten physiologischen Schwankungen führen mich zu dem zweiten Theil meiner Untersuchungen, in denen ich physiologische Gesetze auf das Blutdruckverhalten bei gewissen Affecten, wie Angst, Furcht, Traurigkeit, Erregung anzuwenden beabsichtigte. Ich ging hierbei von der Ueberlegung aus, dass diese allgemeinen Affecte als typische Reactionen des Gehirns auf bestimmte Reize stets annähernd dieselben sein müssten.

Ich habe zunächst das Verhalten des Blutdrucks bei Muskelanstrengungen untersucht und eine Reihe dieser Untersuchungen an mir selbst und an anderen Personen vorgenommen. *Gärtner* giebt an, dass Muskelarbeit eine Herabsetzung des Blusdrucks bewirke. Ich möchte hier einige Zahlen anführen, aus denen hervorgeht, dass der Blutdruck nach Muskelarbeit herabgesetzt war und zwar schon nach geringer Thätigkeit, so nach raschem Hinauflaufen von zwei Treppen, nach Tanzen u. s. w. Der Blutdruck war am höchsten nach der Zeit der Ruhe, nämlich am Morgen nach dem Schlaf, und zwar fand ich bei mir am Morgen eine Durchschnittszahl von 130 mm Hg, bei anderen Personen von 125 mmHg sofort nach dem Erwachen. Der Druck sank dann in wenigen Stunden auf 115—105 mm, also von 15—20 mm. Die Messungen nach Anstrengungen ergaben eine Herabsetzung von ca. 15 mm im Durchschnitt, allerdings sofort nach der Arbeitsleistung gemessen. Der Blutdruck glich sich dann je nach der Grösse der Anstrengung früher oder später wieder aus. Im Anfang der betreffenden Thätigkeit fand ich eine mässige Erhöhung des Blutdrucks, z. B. bei Messungen während fortgesetzten Tretens des Pedals einer Nähmaschine, z. B. bei einem gewöhnlichen Blutdruck (Durchschnittsblutdruck) von 8 Tagen betragen gleich 110 mmHg, ein Anfangsansteigen auf 125 mm nach der Thätigkeit ein Absinken auf 105—100 mm, dann wieder ein Ansteigen auf den gewöhnlich zu beobachtenden Druck.

Es scheint hiernach, als ob der Blutdruck in der Zeit der grössten Ruhe, also nachts, ein hoher ist resp. zunimmt und man kann diesen Umstand vielleicht mit dem häufigen nächtlichen Eintreten von Apoplexien und Geburten in Zusammenhang bringen.

Unter diesen Gesichtspunkten habe ich Messungen bei Erregungszuständen mit Bewegungsdrang vorgenommen, z. B. bei Erregungszuständen manischer, katatonischer, paralytischer und alkoholischer Patienten, deren Blutdruck in den Zwischenzeiten nur durch mehr oder weniger lange Zeit

fortgesetzte Messungen bekannt war und bei den betreffenden Messungen eine, wenn auch häufig geringe Herabsetzung des Blutdrucks gefunden je nach der Zeit, die nach der Erregung verflossen war. Natürlich konnten diese Messungen theils wegen der Ungewissheit des Eintritts der Erregungszustände, theils weil viele dieser Patienten die Anstalt wieder verliessen, nur in bedeutend beschränkterem Masse ausgeführt werden, als die vorher erwähnten bei Frauen vorgenommenen.

Auf etwas grössere Verwerthbarkeit können vielleicht die bei länger andauernden Angstzuständen vorgenommenen Messungen Anspruch machen, von denen der grösste Theil auf Angstzustände bei Hysterischen und Melancholischen fällt. Es war hier stets eine Erhöhung des Blutdrucks zu beobachten. Blässe der äusseren Haut und der Schleimhäute konnte ich nicht bei allen diesen Umständen wahrnehmen, sondern es waren auch starke Röthung wenigstens des Gesichts und der Hände dabei zu bemerken.

Das Verhalten des Blutdrucks bei Krampfzuständen, die mit starken Zuckungen, also vermehrter Muskelanstrengung einhergingen, war folgendes: Bei Anfällen bei Paralyse, bei Hystero-Epilepsie und bei einem Fall von Tumor cerebri war im Anfang des Anfalls der Blutdruck erhöht, während er im Verlauf des Anfalls wieder sank und bei dem einen hysteroepileptischen Anfall bis auf 50 mmHg herunterging.

Bei Paralyse zeigte der Blutdruck naturgemäss im Anfangsstadium keine Besonderheiten, während er mit zunehmendem körperlichen Verfall abnahm.

Die Erhöhungen und Erniedrigungen des Blutdrucks scheinen also eine secundäre Rolle bei dem Zustandekommen von Erregungen resp. von Angstzuständen zu spielen. Wenn man z. B. bei Patienten mit andauernder Erregung protrahirte Bäder anwendet, so kann man sich den Einfluss des Bades unter Zuhülfenahme des Blutdruckverhaltens während und nach dem Bade auf folgende Weise erklären:

Bei Personen mit Bewegungsdrang ist der Blutdruck wenigstens in grösseren Zeitabschnitten des Erregungszustandes ein niedrigerer. Nach Versuchen, die ich während des Verweilens von 30 Minuten in einem Bade von 33° C. mehrmals angestellt habe, verhielt sich der Blutdruck wie folgt: Nach 15 Minuten langem Verweilen zeigte der Blutdruck um ca. 15 mmHg niedrigere Werthe als der sonst bei dieser Person zu beobachtende, stieg nach 30 Minuten um ca. 20 mmHg und hielt sich auch noch ca. 2 Stunden nach dem Bade annähernd auf dieser Höhe. Man könnte sich also vorstellen, dass durch das Bad bei motorisch erregten Patienten eine Erhöhung des Blutdrucks erzielt wird, die dann einen wohlthätig beruhigenden Einfluss auf den Zustand desselben ausübten.

Diskussion. Herr *Neisser* fragt, ob die Blutdruckmessungen stets an Fingern angestellt worden seien.

Herr *Rosse* erwidert, dass die Messungen immer an Fingern, meist am Goldfinger vorgenommen wurden. —

Herr *Geelvink*-Westend: Beitrag zur Anatomie der Dystrophia muscularis progressiva.

Diskussion. Herr *Jolly* fragt, ob bei der Untersuchung der intramusculären Nerven gar keine Veränderung wahrgenommen worden sei, was Herr *Geelvink* verneint.

Herr O. *Neisser*-Leubus berichtet über einen Fall von „Motilitätspsychose“ (*Wernicke*), bei welchem sich ein Zustand von doppelseitiger motorischer Apraxie (transcorticaler motorischer Asymbolie) in ungewöhnlich reiner Ausprägung entwickelt hat. Uebereinstimmungen und Unterschiede gegenüber dem *Liepmann*'schen Falle werden erörtert und der functionelle Charakter der Störung festgestellt. Abgesehen von vielen interessanten symptomatischen Einzelheiten sind solche Fälle wichtig, weil sie es ermöglichen, die Störung auch dort, wo sie nur vorübergehend angedeutet oder aber vermischt mit anderen Symptomen auftritt, richtig zu beurtheilen.

Ausführliche Veröffentlichung vorbehalten.

Diskussion Herr *Moeli*.

Ein ähnliches Verhalten zeigen ängstliche und geschwächte Kranke, bei denen kein Ausfall der Bewegungen, sondern gewissermassen ein Ueberfliessen des Impulses in ungeordneter Weise auf andere Bahnen stattfindet. Diese „Parapraxie“ führt dann dazu, dass fast keine Bewegung richtig geschieht. Statt bestimmter Zahl von Bewegungen werden immer falsche gemacht, die Antworten sind durch Einschiebung von Lauten, Silben, zusammenhanglosen Worten verlängert und unverständlich. Ein Zerfahren des Bewegungsimpulses statt eines Wegfalls sieht man übrigens auch bei manchen Fällen von Abasie und Astasie, ja beim Aufsitzen der Kranken im Bett können sich überflüssige und störende Bewegungen einmischen. *Gock.*

---

37. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 3. Mai 1902 in Hannover.

Anwesend waren: *Alt*-Uchtspringe, *Bartels*-Ballenstedt, *Benno*-Goslar, *Behr*-Lüneburg, *Berkhan*-Braunschweig, *Brandt*-Hildesheim, *Bruns*-Hannover, *Cramer*-Göttingen, *Engelken*-Rockwinkel, *Fontheim*-Liebenburg, *Gellhorn*-

Goslar, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Hesse*-Ilten. *Hüpeden*-Hannover, *Koch*-Rinteln, *Löwenthal*-Braunschweig, *Lüttich*-Hannover, *Meyer*-Königslutter, *Quaet-Faslem*-Göttingen, *Schmidt*-Hildesheim, *Schmidt*-Wunstorf, *Snell*-Hildesheim, *Snell*-Lüneburg, *Stahr*-Königslutter, *Stamm*-Hildesheim, *Tantzen*-Lüneburg, *Vogt*-Göttingen, *Völker*-Langenhagen, *Wagemann*-Lindenhaus, *Wahrendorff*-Ilten, *Weber*-Göttingen.

Zum Vorsitzenden wurde gewählt *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schriftführer *Snell*-Hildesheim.

Vor Eintritt in die Tagesordnung theilt *Cramer*-Göttingen die Gründung einer forensisch-psychologischen Vereinigung in Göttingen mit, welche zweimal im Semester tagt.

Tagesordnung: *Bruns* - Hannover: Neuropathologische Demonstrationen.

Vortr. spricht zunächst unter Mittheilung zweier von ihm selbst beobachteter Fälle über die Diagnose der otitischen Abscesse des Kleinhirns und über den Grad der Sicherheit, den diese Diagnose erreichen kann. Im ersten Falle (junger Mann von 14 Jahren) bestand seit einem Jahre linksseitige Ohreiterung. Im Laufe der Beobachtung stellten sich dann die Symptome einer eitrigen Sinusthrombose mit typischer Fiebercurve ein. Ein inficirter Thrombus wurde im linken Sinus transversus gefunden, aus diesem entfernt und nachher auch noch die linke Jugularis unterbunden. Darauf zunächst Besserung, dann Schmerzen in der rechten Kopfseite, auch bei Beklopfen des Kopfes hier. Von ohrenärztlicher Seite wurde jetzt die Diagnose einer rechtsseitigen Sinusthrombose gestellt, aber hier und überhaupt am Ohre rechts nichts gefunden; auch die rechte Kleinhirnhemisphäre wurde bei dieser Operation ohne Erfolg punktirt. Von da an traten bei andauernd niedriger Temperatur allmählich folgende Erscheinungen auf: Schwindel, mässiger Kopfschmerz mit sehr häufigem Erbrechen, taumelnder Gang, mit Neigung nach rechts und hinten zu fallen. Schwindel und Erbrechen traten vor allem bei Lageveränderungen des Kopfes und des ganzen Körpers ein; namentlich auch bei gleichzeitig sehr starkem Kopfschmerz, wenn Patient sich auf den Bauch legt. Patellarreflexe beiderseits lebhaft; beiderseits auch Achillesclonus. Rechts deutlicher Extensions-Babinski. Die Beine im ganzen auch sehr schwach; keine Rumpfmuskelschwäche. Keine Sprachstörung. Die linke Pupille etwas weiter als die rechte; Reactionen normal; links leichte Neuritis optica. Kein Nystagmus. Keine Dysarthrie. Psychisch frei, aber leicht ermüdbar. Colossale Abmagerung, speciell der Beine. Die Haut sehr trocken. Am Puls nichts Besonderes.

Die Diagnose wurde auf einen Abscess der linken Kleinhirnhemisphäre gestellt und eine Operation für den nächsten Tag beschlossen. An diesem Tage befand sich aber der Patient so gut, dass mit Rücksicht

auf die Möglichkeit, dass ein Theil der Symptome, und gerade die für die Kleinhirndiagnose wichtigsten, auch durch eine Erkrankung des inneren Ohres allein bedingt sein konnten, wieder Zweifel in Bezug auf diese Diagnose sich einstellten und die Operation verschoben wurde. Aber schon 2 Tage später setzten speciell die Allgemeinerscheinungen in voller Schwere wieder ein und wurde nun die Operation bestimmt auf den nächsten Tag festgesetzt. In der Nacht aber starb der Patient plötzlich. Die Sektion ergab einen abgekapselten, etwa taubeneigrossen incomplicirten Abscess am äusseren hinteren Ende der linken Kleinhirnhemisphäre; von der Basis des Kleinhirns war er etwa $^3/_4$ cm entfernt; die obere Fläche erreichte er beinahe; hier war die Pia verfärbt. In der Umgebung des Abscesses eine geringe blutige Erweichung.

Im zweiten Falle (Knabe von 12 Jahren) bestand eine langjährige linke Ohreiterung, die lange behandelt war. Zuletzt war vom Ohrenarzte Dr. *Jens* eine linksseitige eitrige Sinusthrombose operirt. Danach trat eine mehrmonatige Besserung ein; dann, etwa 8 Tage vor der Untersuchung durch den Vortr. (25. Januar 1901), zuerst wieder Erbrechen; seitdem andauernde heftigste Kopfschmerzen, unregelmässiger Puls. Nystagmus rotatorius beim Blicken nach rechts und links; keine Augenmuskellähmung; keine Pupillendifferenz; die Pupillen reagiren auch auf Licht. Gang unsicher, mit leichter Neigung nach links zu fallen. Rechts (also gekreuzt) Achillesclonus; Patellarreflexe beiderseits lebhaft. Starke Abmagerung. Sensorium frei. Seit 24 Stunden linke Papille geröthet; Grenzen undeutlich. Am 25. Januar 1901 (Abends 7 Uhr) wurde aus der linken Kleinhirnhemisphäre etwa $1^1/_2$ Esslöffel Eiter entleert. Der Zustand des Kranken besserte sich aber nicht. Nachts sehr unruhig, schreit andauernd. Am nächsten Morgen Tod bei ganz plötzlichem Athmungsstillstande; vorher Puls sehr langsam. Keine Sektion.

Die Diagnose war in beiden Fällen gestellt, weil sich im Anschluss an länger dauernde eitrige Erkrankungen der hinteren Theile des inneren Ohres und vor allem auch noch im Anschlusse an eine eitrige Sinusthrombose im Sinus transversus charakteristische Symptome eingestellt hatten. Diese waren Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel — im ersten Falle besonders bei Lageveränderungen des Kopfes — cerebellarer Gang mit Neigung, einmal nach hinten und vom kranken Ohr weg, einmal nach der Seite des kranken Ohres zu fallen; im zweiten Falle Nystagmus. Beide Male leichte Neuritis optica auf der kranken Seite. Beide Male an unteren Extremitäten Anzeichen, die auf einen beiderseitigen Druck auf den Hirnstamm hindeuteten, der aber am gekreuzten Beine stärker war, — einmal nur rechts Extensions-Babinski; einmal nur rechts Achillesclonus. Beide Male starke Abmagerung. Auch

ist hervorzuheben, dass bei linksseitiger Ohrerkrankung jedes Herdsymptom vom linken Schläfenlappen fehlt.

Die Schwierigkeiten der Diagnose eines Kleinhirnabscesses sind ja besonders darin begründet, dass eine Anzahl für das Kleinhirn spezifischer Symptome auch bei Erkrankungen des inneren Ohres vorkommen können. Dahin gehören: der Schwindel — besonders auch bei Lageveränderung des Kopfes —, das Erbrechen, der unsichere Gang, der Nystagmus; handelt es sich um eine eitrige Otitis intima, so kann natürlich hier auch Fieber, Kopfschmerz, ja sogar Neuritis optica bestehen. Wegen dieser differentialdiagnostischen Schwierigkeiten wurde leider im ersten Falle auch die schon beschlossene Operation wieder aufgeschoben. Vortr. glaubt nun, dass das in diesem Falle nicht berechtigt war. Kommen zu den erwähnten Symptomen, wie in beiden beschriebenen Fällen, noch Erscheinungen, die auf eine doppelseitige, aber auf der Seite des Ohrleidens stärkere Affection des Hirnstammes hindeuten (s. oben) — dahin gehört auch z. B. eine Dysarthrie und eine Blicklähmung auf der Seite der Affection —, fehlen bei linksseitigen Erkrankungen die Symptome des linken Schläfenlappenabscesses, und hat vorher besonders eine Erkrankung des Labyrinthes, vor allem aber eine Thrombose des Sinus transversus bestanden, so kann man wohl die Diagnose otitischer Kleinhirnabscess mit Sicherheit stellen und wird dann eine Operation nicht aufschieben.

In zweiter Reihe zeigt Vortr. eine Anzahl von Hirntumoren und bespricht sie in symptomatischer, diagnostischer und therapeutischer Beziehung. Im ersten Falle handelte es um einen bis dahin gesunden und kräftigen Mann in den 50. Jahren. Er war im November 1893 im Dampfbade gefallen und hatte sich auf der rechten Seite mehrere Rippenbrüche zugezogen. Es schloss sich eine tuberculöse Erkrankung der verletzten Rippen daran; Patient musste sich mehrfachen Operationen unterziehen. Ein Jahr später (October 1894) trat in der Nacht ein schwerer, allgemeiner, epileptischer Krampfanfall ein; Anfang 1895 ein zweiter, April 1895 drei gleiche, December 1895 vier gleiche Anfälle, immer in der Nacht. Ende December 1895 trat nun bei einem Spaziergange ein erster partieller Anfall auf; es zuckten zuerst nur das rechte Gesicht und die Zunge, nachher auch der rechte Arm. Das rechte Bein betheiligte sich nicht; psychisch war der Kranke während des Anfalles verworren, aber nicht bewusstlos. Das Sprechen war während des Anfalles unmöglich; hinterher war es länger behindert, als das Schreiben. Zu dieser Zeit untersuchte Vortr. den Patienten zum ersten Male. Der Befund war von Seiten des Nervensystems ein absolut negativer; im Urin fanden sich aber 2 pCt. Zucker. Dieser Diabetes mellitus bestand bis zum Tode fort — die Zuckermenge schwankte zwischen 0,5 und 3 pCt.

Vortr. sah dann den Kranken bis April 1899 ärztlich nicht wieder. Zu dieser Zeit wurde er wieder consultirt. Es bestanden seit mehreren Wochen alle 10 Minuten wiederkehrend, und zwar durch Tag und Nacht,

Jackson'sche Anfälle, die sich meist auf den rechten Facialis beschränkten — der Stirnfacialis krampfte auf beiden Seiten —, selten auch den rechten Arm betheiligten. Die Sprache war während der Anfälle ganz unmöglich, der Patient war aber bei vollem Bewusstsein. Eine Stauungspapille bestand nicht; über Kopfschmerzen klagte der Kranke nicht, Erbrechen fand nicht statt. Im Urin 2 pCt. Zucker. Damals stellte Vortr. die Diagnose eines Tumors im linken Facialiscentrum und rieth zu einer Operation, die aber abgeschlagen wurde. Allmählich verloren sich die Krämpfe — nun blieb eine Dysarthrie — ein verlangsamtes, leicht scandirendes Sprechen zurück; keine Spur von eigentlicher Aphasie. Lähmungserscheinungen der rechten Extremitäten bestanden nicht. Vortr. hat den Patienten dann durch längere Zeit oft gesehen, aber nicht untersucht. Er klagte nie über Allgemeinerscheinungen des Tumors, wird aber in dieser Beziehung wohl dissimulirt haben, da ihm sehr daran lag, seine Stelle zu behalten. Ab und zu kamen Krämpfe im rechten Facialisgebiete vor. Zuletzt hat Vortr. den Pat. im October 1900 untersucht. Es bestand jetzt deutliche Dysarthrie und Paraphasie — schreiben konnte Patient aber noch bis in seine letzten Lebenstage. Der Gang war schwankend und unsicher, eine deutliche Lähmung der Extremitäten bestand nicht. Jetzt wurde auch das Auftreten von Erbrechen und Kopfschmerzen zugegeben, Facialiskrämpfe waren selten. Der Augenhintergrund wurde zu dieser Zeit nicht untersucht. Bald darauf Tod unter gehäuften Krämpfen.

Die Section ergab ein von den Häuten ausgehendes extracerebrales Sarcom zwischen Dura und Pia. Seine grösste Länge, die in sagittaler Richtung lag, betrug 8 cm, die in transversaler Richtung verlaufende grösste Breite 6 cm, die grösste Dicke etwa 4 cm. Die Form war linsenartig — scharfe Ränder und eine untere und obere convexe Fläche. Der Tumor hatte eine tiefe Grube in die linke Hirnoberfläche gedrückt, ohne aber in das Gehirn selber einzudringen oder dieses zur Erweichung zu bringen. Die grösste Masse des Tumors lag im Gebiete der zweiten Stirnwindung links, die tief eingedrückt und verbreitert war; die erste Stirnwindung war kaum, die dritte mässig comprimirt. Nach hinten war die untere Hälfte der vorderen Centralwindung zu einem dünnen, vor der *Roland*'schen Furche liegenden Bande zusammengedrückt; die obere Hälfte der vorderen Centralwindung war kaum comprimirt; die hintere Centralwindung gar nicht.

Interessant sind im vorliegenden Falle folgende Umstände: 1. Die lange Dauer der Krankheit. Wenn man, was doch wohl richtig sein dürfte, annimmt, dass schon die ersten, Herbst 1894 beobachteten allgemeinen Krämpfe auf den Tumor zurückzuführen waren, so hat das Leiden volle 5 Jahr gedauert; während des grössten Theiles dieser Zeit konnte Patient seinen Dienst als Portier versehen. 2. Der Umstand, dass zuerst allgemeine, erst später partiell epileptische Anfälle eintreten. Das hat Vortr. mehrfach beobachtet. Hier lag der Tumor wohl zuerst in der zweiten

Stirnwindung — rückte wohl später auf das Facialiscentrum zu. 3. Es bestand lange Zeit nur Dysarthrie, keine Aphasie, erst zuletzt leichte Paraphasie. Das ist charakteristisch für Tumoren in der Nähe des motorischen Sprachcentrums. 4. Es bestand keine Schreibstörung bis zum Tode, obgleich der Tumor den stärksten Druck gerade auf die zweite Stirnwindung, die von Einigen als Schreibcentrum angesehen wird, ausübt. 5. Obgleich Lähmungen im rechten Beine nicht bestanden, was bei der Lage des Tumors plausibel, bestand doch zuletzt taumelnder und unsicherer Gang, frontale Ataxie. 6. Der Tumor wäre im April 1899, wo er sicher diagnosticirt war, gut zu operiren gewesen. Gerade bei Tumoren über den Centralwindungen sind aber oft die Allgemeinerscheinungen so gering, dass die Patienten auf einen Vorschlag zur Operation nicht eingehen.

Den zweiten Fall bespricht Vortr. nur kurz als einen Beweis dafür, wie die Localdiagnose irren kann, wenn man sich für dieselbe sehr auf ein einzelnes Symptom verlässt. Es handelte sich um einen jungen Mann, der unter den gewöhnlichen Allgemeinerscheinungen eines Hirntumors im Laufe von 6 Monaten allmählich erblindet war. Im September 1900 bestand beiderseits totale Amaurose und das Bild einer postneuritischen Sehnervenatrophie. Es liess sich nachweisen, dass das Sehen zuerst nach rechts hin ausgefallen — rechte Hemianopsie (?) Es bestanden bei der totalen Amaurose nur schwierig genau festzustellende Augenmuskellähmungen; besonders der Blick nach oben war behindert; nach anderen Richtungen hin bestand Nystagmus. Die unteren Extremitäten waren schwach; sie knickten häufig ein; die Patellarreflexe waren beiderseits lebhafter; rechts fand sich Achillesclonus. Im rechten Arme wird über Schmerzen geklagt; beiderseits zeigte sich Intentionstremor der Arme. Auf der linken Schläfenseite liess sich ein lautes, auch vom Patient empfundenes Gefässgeräusch hören. Vortr. nahm an, dass dieses Geräusch im Gebiete der linken Carotis interna zu Stande käme — entweder Aneurysma oder gefässreicher oder gefässcomprimirender Tumor. Die Augen und Augenmuskelsymptome liessen sich bei diesem Sitze leicht erklären; die Extremitätensymptome führte Vortr. auf eine Compression der Hirnschenkel, namentlich des linken, zurück. Die Diagnose des Ortes in der mittleren Schädelgrube schien noch sicherer, als Vortr. später eine Neuralgie im linken Supraorbitalis und beiderseitige Anosmie constatirte. Als später bei Zunahme der Allgemeinerscheinungen auch unsicherer Gang eintrat, glaubte Vortr. denselben als frontale Ataxie ansehen zu können. Die letzten 5 Monate seines Lebens hat der Vortr. den Patienten nicht mehr gesehen — es bestand zuletzt totale Lähmung aller Extremitäten und Decubitus. Die Section ergab keinen Tumor der linken mittleren Schädelgrube, sondern eine kirschgrosse, wahrscheinlich von der Zirbeldrüse ausgehende Geschwulst auf dem vorderen, dem dritten Ventrikel zuneigenden Abhange der Vierhügel; in diese war eine tiefe Grube eingedrückt. Das Geräusch war

wohl ein venöses gewesen durch Druck auf die Vena magna Galeni, die direct mit der oberen Fläche des Tumors zusammenhing. Ohne dies Symptom, durch das Vortr. sich auf die mittlere Schädelgrube festritt, hätte er wohl sicher auch an die Vierhügel gedacht — die Symptome waren alle auch bei diesem Sitze zu erklären; einzelne, wie der Intentionstremor der Arme, der atactische Gang und vielleicht auch die Blicklähmung nach oben, wiesen mehr auf diesen Sitz als auf den an der Basis hin. Doch zeigt der Fall immerhin, wie sehr die Symptome eines Tumors der mittleren Schädelgrube, wenn er erst doppelseitige Symptome von Seiten der Hirnnerven und von Seiten der Hirnschenkel macht, denen einer Geschwulst der Vierhügel ähneln können.

Ferner zeigt Vortr. einen aus dem linken Armcentrum (speciell Handgebiet) einer 40jährigen Frau durch Operation gewonnenen Tumor. Es handelt sich um ein Sarcom, das ungefähr die Form und die Grösse eines kleinen Borsdorfer Apfels hat. Es hatte sich in der Hirnsubstanz selber entwickelt, mit seiner Kuppe die Rinde durchbrochen und war hier auch mit der Dura verwachsen. Die Symptome waren typisch. Zunächst Parästhesien in den mittleren Fingern der rechten Hand, dann Krämpfe, die zuerst — bei vollem Bewusstsein — nur die Finger, später auch die Hand betrafen; nur vereinzelte Male traten auch Zuckungen im Ellenbogen, häufiger im linken Gesichte auf. Die Sprache war auch während der Anfälle ungestört. Allmählich cerebrale Lähmung der linken Hand — es fehlte die Extension der Finger und die Beugung der Hand, während Beugung der Finger und Extension der Hand noch erhalten war; ferner fehlten die Interosseusbewegungen, Ellenbogen- und Schulterbewegungen waren erhalten. Der rechte untere Facialis war etwas paretisch. Am rechten Beine, das kaum nachgezogen wurde, Achillesclonus und stärkerer Patellarreflex als links. Am rechten Arme auch das Lagegefühl gestört und das Berührungsgefühl unsicher. Daneben beiderseitige schwere Stauungspapille mit Blutungen; anfallsweise eintretende wüthende Kopfschmerzen, Erbrechen. So war der Zustand am 3. März d. J. Eine energische Jodkalikur liess die Allgemeinerscheinungen — Kopfschmerzen und Erbrechen — nur für wenige Tage zurücktreten, dann traten sie mit voller Heftigkeit wieder ein. Die Operation fand am 22. März statt; in der Trepanationsöffnung lag die Oberfläche des Tumors frei zu Tage; er konnte stumpf aus dem Gehirn entfernt werden. Die ersten 3 Tage nach der Operation bestand motorische Aphasie, aber die Fähigkeit, Alles nachzusprechen; der rechte Arm war ganz gelähmt; das rechte Bein ganz normal beweglich. Dann trat unter starkem Druck die Cerebrospinalflüssigkeit am Hirnprolaps auf, der auch jetzt (Anfang Mai) noch theilweise besteht, und eine totale motorische Aphasie und auch Lähmung des rechten Beines bedingte. Jetzt fängt die Patientin an wieder nachzusprechen; auch Lieder mit guter Wortaussprache singen, aber dieselben Lieder nicht einfach sprechen; sie kann lesen. Sie benutzt das rechte Bein beim Gehen einigermassen wieder,

rechte Arm ist noch ganz gelähmt. Kopfschmerzen, Erbrechen und Krämpfe sind seit der Operation ganz ausgeblieben; psychisch ist die Patientin ganz frei. Die Stauungspapille ist noch nicht völlig zurückgegangen (Dr. *Stölting*).

Zuletzt demonstrirt Vortr. einen freien Cysticerus im 4. Ventrikel, der von ihm mit Bestimmtheit diagnosticirt war. Es handelt sich um einen 40jährigen Mann, der seit etwa 5/4 Jahren an folgenden Krankheitssymptomen litt: Es bestehen Perioden von wochenlanger Dauer mit heftigsten Kopfschmerzen und Nackensteifigkeit, andauerndem Erbrechen und lebhaftestem Schwindelgefühl. Diese Perioden wurden abgelöst von ebenso lange dauernden Zeiträumen, in denen Patient sich ganz wohl fühlt, frei von Kopfschmerzen und Erbrechen ist; nur muss er sich auch in diesen Perioden vor schnellen Umdrehungen des Kopfes und überhaupt des ganzen Körpers hüten, weil sonst lebhafte Schwindelerscheinungen auftreten. Eine Zeit lang bestand auch Doppeltsehen, ohne dass dafür eine bestimmte Augenmuskellähmung angeschuldigt werden konnte. Als Vortr. Anfang März d. J. den Patienten untersuchte, bestand wieder eine Kopfschmerz- und Brechperiode; das Brechen trat mit gleichzeitigem Schwindel bei jeder Lageveränderung ein; als der Patient auf Ersuchen des Vortr. den Kopf brüsk nach links drehte, fiel er sofort um und wurde sehr übel. Im Uebrigen war von dieser Zeit der Befund von Seiten des Nervensystems ein vollständig negativer; es bestanden weder Lähmungen von Hirnnerven noch von Seiten der Extremitäten; die Reflexe waren in Ordnung; psychisch war Patient ganz frei. Im Urin, am Herzen und an den Lungen fand sich nichts. Einen Bandwurm hatte Patient nie gehabt. Auf Verordnung von Jodkali trat zuerst eine leichte Besserung ein, die aber nicht lange anhielt; als Vortr. den Patienten am 29. März d. J. zum letzten Male sah, bestand leichtes Schwanken beim Gehen und Patient äusserte selbst, er habe das Gefühl, als sei er betrunken. Zu dieser Zeit wurde von Dr. *Stölting* eine beiderseitige beginnende Sehnervenschwellung festgestellt. Patient ging nun auf *B.*'s Rath in das städtische Krankenhaus zu Hannover; in einem Briefe an den Chefarzt desselben, Prof. Dr. *Reinhold*, stellte Vortr. die Diagnose eines Hirntumors und nahm die Möglichkeit eines Cysticercus im 4. Ventrikel an. Im Krankenhaus wurden neue Symptome nicht beobachtet; namentlich ist wichtig, dass irgend welche erheblichen Anomalien in der Respiration und der Herzthätigkeit sich nicht feststellen liessen. Am 6. April verstarb der Patient ganz plötzlich, noch ehe ein Arzt dazukommen konnte. Nach diesem plötzlichem Tode stellte Vortr. die Diagnose Cysticercus ventriculi IV mit Sicherheit. Die Section (Prosector Dr. *Stroebe*) ergab ausser starkem Hydrocephalus internus, der zu einer Verbreiterung des Pons geführt hatte, einen an der linken Seite des Calamus scriptorius freiliegenden abgestorbenen Cysticercus. Kein Bandwurm. Eine zweite Cysticercusblase verkalkt im rechten Pectoralis; das Gehirn im Uebrigen ganz frei.

Die Diagnose war auf folgende Momente gestützt, die von eigenen und Anderer neuesten Erfahrungen ausgehen: 1. Auf den häufigen Wechsel zwischen den Wochen lang andauernden stärksten sogen. Allgemeinerscheinungen eines Tumors: Kopfschmerz, Erbrechen und Schwindel, und ebenso langen ziemlich freien Stadien. 2. Auf die innigen Beziehungen, die zwischen starken Schwindelanfällen und rascheren Lageveränderung des Kopfes bestanden. 3. Auf das Fehlen und die Unbestimmtheit sonstiger objectiver Symptome — Stauungspapille trat erst ganz zuletzt auf, wobei zu bemerken, dass die sonst noch beobachteten Symptome, wie Doppeltsehen und leichter cerebellarer Gang, doch in einer ganzen Anzahl von Fällen von Cysticercus im IV. Ventrikel beobachtet sind und häufig zu der irrthümlichen Diagnose Kleinhirntumor geführt haben. 4. Auf den plötzlich eintretenden Tod.

Erwähnenswerth ist noch, dass in diesem wie in vielen gleichen Fällen deutliche Symptome von Seiten der Herzthätigkeit und der Respiration fehlten; ebenso Zuckerharn. Vortr. hält es nach dem jetzigen Stande unserer Erfahrungen für unmöglich, bei einem dem Vorstehenden gleichen Verlaufe und Symptomencomplexe die Diagnose eines Cysticercus im 4. Ventrikel mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen, auch ohne den plötzlichen Tod abzuwarten, der dieser Diagnose allerdings besondere Sicherheit verleiht. Ist die Diagnose in solchem Grade wahrscheinlich, so würde man wohl an eine operative Behandlung denken können; nur müsste es dazu möglich sein, zu erkennen, ob es sich um einen frei schwimmenden oder im Boden des 4. Ventrikels festsitzenden Cysticercus handelt; denn nur im ersten Falle würde bei einer Entleerung der Hirnflüssigkgit durch Anstich des 4. Ventrikels die Cysticercusblase sich auch entleeren. Nun scheinen die Symptome, die ja meist auf dem wechselnden Hydrocephalus internus beruhen, im Uebrigen bei freiem und fixirtem Sitze des Cysticercus im V. IV dieselben zu sein; Vortr. möchte aber annehmen, dass die starken Schwindelanfälle mit Hinstürzen bei brüsken Kopfbewegungen besonders bei freien Cysticerken vorkämen und hält diesen Umstand für spätere Beobachtungen der besonderen Beachtung empfohlen. Auch verkennt er natürlich nicht, dass die plötzliche Entleerung einer unter starkem Druck stehenden Ventrikelflüssigkeit ihre grosse Gefahr hat; man könnte daran denken, diese Operation in den von Kopfschmerz freien Perioden zu machen, in denen wahrscheinlich der Hydrocephalus internus nicht so stark ist. Zum Schluss erwähnt Vortr. noch, dass, wie er aus persönlicher Mittheilung des Collegen *Loewenthal* in Braunschweig weiss, auch diesem vor einiger Zeit die Diagnose eines Cysticercus im 4. Ventrikel gelungen ist.

Diskussion: *Loewenthal*-Braunschweig theilt einen Fall mit, der gleichfalls intra vitam diagnosticirt und durch Section bestätigt war. Als pathognomisch wichtig bezeichnet *L.* die Remissionen in Verbindung mit dem zuweilen künstlich zu erregenden Gleichgewichtsstörungen durch Lagewechsel.

Alt-Uchtspringe hat vor 5 Jahren in der Versammlung darauf hingewiesen, dass es doch einmal gelingen werde, Tumoren im 4. Ventrikel zu diagnosticiren. Er betont ebenfalls das Passagere der Symptome und erwähnt einen Fall, in welchem auch intermittirender Diabetes beobachtet wurde.

Bruns-Hannover erwidert als Schlusswort, dass auch jetzt noch etwas Glück dazu gehöre, damit die Diagnose richtig sei. Wechselnde Perioden von Exacerbationen und Remissionen der Krankheitssymptome kämen auch bei anderen Hirntumoren vor; und der Einfluss des Lagewechsel auf die Symptome sei namentlich bei Tumoren des Kleinhirns und der hinteren Schädelgrube oft sehr deutlich.

Alt-Uchtspringe spricht, anknüpfend an frühere Mittheilungen, ausführlicher über den Einfluss der Kost auf die Anfälle der Epileptiker, worüber sehr zum Nachtheil der Kranken nicht die wünschenswerthe Klarheit und Uebereinstimmung in der Literatur wie in der Praxis herrsche. Die Erfolge mancher angepriesenen neuen Methoden seien nicht selten mehr der Kost als der Medication zuzuschreiben. Auch bei der Methode *Toulouse-Richet*, mit der ja eine genaue Zutheilung der schon in den Rohbestandtheilen nicht nur kochsalzarmen, sondern überhaupt sehr reizlosen Nahrungsmittel verknüpft sei, habe die Kostvereinfachung einen nicht geringeren Antheil an den Erfolgen, als die Kochsalzunterernährung, die Hypochloruration. Wo vorher schon einer zweckmässigen Ernährung der Epileptiker gebührend Verständniss und Aufmerksamkeit entgegengebracht sei, habe die angepriesene Methode kaum Erfolge aufzuweisen; wo hingegen dies nicht der Fall gewesen, seien auffällige Besserungen erzielt, die man sehr mit Unrecht allein der Hypochloruration, der angenommenen Salzunterernährung, wodurch seitens der salzhungrigen Gewebe eine geringere Aufnahme und Ausnützung des Broms erfolgen solle, gutgeschrieben habe. Wenig gesalzene, wie überhaupt möglichst würzlose Kost verdient durchweg den Vorzug, Kochsalzvorenthaltung allein nützt kaum was. Nach einem geschichtlichen Ueberblick, welcher Werth der Art der Beköstigung der Epileptiker beigemessen worden sei in dem vorexperimentellen wie in dem experimentellen Zeitabschnitt, berichtet *Alt* sodann ausführlich an der Hand von eigenen Tabellen über die in Uchtspringe systematisch angestellten Versuche zur Ermittelung des Einflusses der Kost auf die Anfälle der Epileptiker. 24 epileptische Kinder, bei denen weder nachweisbare Magendarmstörungen noch Zeichen einer örtlichen Gehirnerkrankung bestanden, wurden in drei gleichgrosse Gruppen eingetheilt und je 4 Wochen lang mit nicht abgemessener gemischter Kost, sodann mit genau abgemessener gemischter Kost, mit Milchkost, mit ausschliesslicher Pflanzenkost und dann wiederum mit nicht abgemessener gemischter Kost ernährt. Die Zahl der Anfälle wurde während der einzelnen Beköstigungsarten für jede Gruppe einzeln aber auch für alle 3 Gruppen zusammen gezählt und graphisch

dargestellt. Dabei zeigte sich ganz auffällig, dass die Anfälle bei gemischter Kost am zahlreichsten waren, sich schon bei genauer Zumessung der gemischten Kost verminderten, noch mehr verringerten während der Pflanzenkost, am meisten abnahmen während der Milchkost. Einige Kinder, die bei der Milchkost mehr Anfälle bekamen, erhielten später während einer gleich langen Periode die Milch sterilisirt, wobei die Krämpfe ganz erheblich an Zahl zurückgingen. Die N.-zufuhr kann bei der gemischten (Fleisch)-Kost nicht das Wesentliche sein, da nach genauer Berechnung die Kinder bei Milchkost weit mehr N. erhielten. Auch die Harnsäure scheint keine wesentliche Rolle zu spielen, denn *Alt* hat Controlversuche mit nucleinfreier Eiweissernährung angestellt und keine Abnahme der Anfälle beobachtet.

Kochsalzzusatz zu einer sonst reizlosen und einfachen Kost hat Vermehrung der Anfälle nicht herbeigeführt, weshalb *Alt* annimmt, dass bei der *Toulouse-Richet*'schen Methode nicht die Salzentziehung, sondern die Kostvereinfachung die Hauptrolle spielt.

Vortrag wird ausführlich veröffentlicht. (Autoreferat.)

Discussion: *Hesse*-Ilten erkundigt sich nach der zur Zeit der Koständerung angewandten Medication und nach der Anwendbarkeit der bei Kindern gefundenen Resultate auf Erwachsene.

Alt-Uchtspringe erwidert, dass bei der Koständerung keine Aenderung der Arzneimittel vorgenommen sei. Bei Erwachsenen seien noch nicht die exacten Versuche wie bei Kindern angestellt, doch habe er auch bei ihnen gute Erfolge erzielt.

Löwenthal-Braunschweig findet die Beweisführung von *Alt* insofern nicht ganz schlüssig, als die günstigen Erfolge der fleischarmen etc. Diät nicht ausschliessen, dass derselbe Erfolg bei geeigneten Fällen durch blosse Abschneidung der Kochsalzzufuhr erzielt werden kann; Letzteres hält er nach eigenenen Beobachtungen für sicher.

Alt-Uchtspringe (Schlusswort) hebt dem gegenüber hervor, dass Untersuchungen in dieser Richtung angestellt sind, dass die Hypochlorisation allein aber nicht im Stande ist, die gleichen Wirkungen zu erzielen.

R. Snell-Hildesheim: Irrenhilfsvereine.

Wohl jedem Irrenarzt sind die Schwierigkeiten bekannt, welche sich bei der Entlassung unbegüterter Kranker oder Genesener aus der Irrenanstalt zeigen. Das wenige Geld, welches vorhanden war, ist für die Unterbringung des Kranken in die Irrenanstalt verbraucht, die Familie hat sich aufs Kümmerlichste durchschlagen müssen; wenn der Genesene in sein Heim zurückkehrt, sieht er sich der Noth und Armuth gegenüber. Nun heisst es, für ihn Arbeit suchen. Da hindert ihn aber überall das Vorurtheil der grossen Menge gegen Leute, die im Irrenhause gewesen sind. Die Arbeitgeber nehmen ihn ungern an und, wenn er eine Stellung

gefunden hat, wird er von Vorgesetzten und Mitarbeitern mit Misstrauen, wenn nicht gar mit Verachtung behandelt.

Noch schlimmer ist es, wenn der aus der Anstalt Entlassene nicht genesen, sondern nur gebessert ist. Von allen Seiten tritt ihm dann der Argwohn und die Furcht vor dem Geisteskranken entgegen. Kein Wunder, dass so häufig das schwache Nervensystem den Widerwärtigkeiten der Aussenwelt erliegt, der Zustand des Kranken sich verschlimmert und die Ueberführung in eine Irrenanstalt wieder nöthig wird.

Diese Verhältnisse tragen dazu bei, dass ein sehr grosser Theil der als genesen oder gebessert aus der Anstalt Entlassenen nach weniger Zeit wieder der Anstaltspflege bedürftig wird.

Was lässt sich dagegen thun? Man muss den Uebergang der entlassenen Pfleglinge in das freie Leben möglichst erleichtern, man muss die Schwierigkeiten, die einerseits in der Zerrüttung der finanziellen Verhältnisse des Entlassenen, andererseits in den Vorurtheilen des Volkes gegenüber genesenen oder gebesserten Geisteskranken bestehen, zu heben oder wenigstens zu vermindern suchen. Für ersteren Zweck ist vor allen Dingen Geld nöthig, um über die erste schwere Zeit nach der Entlassung fortzuhelfen, in dem einen Fall ist das Handwerkszeug, welches aus Noth verkauft oder versetzt ist, wieder zu beschaffen, in dem anderen ist dem Verfall einer Lebensversicherungspolice vorzubeugen, in einem dritten Fall ist das nöthige Mobiliar wieder zu kaufen oder in Stand zu setzen.

Dass es für die Direction einer Anstalt nicht möglich ist, für jeden solchen vorliegenden Nothstand nach Entlassung eines Anstaltsinsassen das nöthige Geld zusammenzubringen, liegt auf der Hand und ist ja auch jedem längere Zeit in der Irrenpflege Thätigen aus eigner Erfahrung bekannt. So viel Mühe man sich auch giebt, die häuslichen Verhältnisse des zu Entlassenden möglichst günstig zu gestalten, nur zu häufig scheitert der Versuch an der Kostenfrage.

Ein zweiter Punkt, der bei der Entlassung eines genesenen oder gebesserten Geisteskranken grosses Gewicht hat, ist die Wiedereinführung des Entlassenen in das sociale Leben, in einen passenden Beruf. Wie gross die Schwierigkeiten sind, für einen Genesenen eine geeignete Stellung zu finden, kann man nur beurtheilen, wenn man selbst diesen Versuch gemacht hat. Erst will niemand den ehemaligen Anstaltspflegling in Dienst nehmen, hat er aber erst einen Dienst gefunden, so wird er mit Argwohn, wenn nicht gar mit Spott empfangen.

Ist der Kranke aber nicht genesen, sondern nur gebessert, so tritt alles das im erhöhten Mass hervor. Hie und da gelingt es wohl dem Arzt, für einen zu entlassenden Pflegling eine geeignete Stellung auszumachen, in der er vor den Schädigungen der Aussenwelt nach Möglichkeit geschützt ist. Aber für jeden Fall, in dem ein Kranker entlassen werden muss, kann er das nicht. In der Anstalt behalten darf er aber die Kranken nicht, sobald sie nicht mehr den im Reglement vorgesehenen Krankheitszuständen

angehören. Es ist daher eine anderweite Fürsorge für die Entlassenen dringend nöthig.

Diese Gesichtspunkte haben an verschiedenen Orten zur Bildung von Irrenhilfsvereinen geführt.

Der älteste deutsche Irrenhilfsverein wurde im Jahre 1829 zur Unterstützung der aus dem herzoglich nassauischen Irren-, Corrections- und Zuchthaus in Eberbach Entlassenen von dem Director Lindpaintner gegründet, konnte aber die nachfolgenden unruhigen politischen Zeiten nicht überdauern.

Lange Zeit geschah dann wenig in Deutschland in Bezug auf diesen Zweig der Irrenfürsorge, während in Oesterreich 1851 der Wiener und etwas später der Steirische Hilfsverein entstanden und in der Schweiz bes. nach Gründung des St. Gallener Hilfsveins im Jahre 1866 durch *Zinn* eine Reihe derartiger Vereine emporblühte. Doch will ich mich im Interesse der Kürze auf die deutschen Hilfsvereine beschränken. Erst 1869 erfolgte in Hamburg die Gründung der Unterstützungskasse der Irrenanstalt Friedrichsburg, 1872 entstand der badische Hilfsverein, hauptsächlich durch *Fischers* und *Rollers* Bemühungen und des St. Johannesvereins zur allgemeinen Irrenfürsorge in Westfalen, 1873 auf Anregung *Laehrs* der kurmärkische Verein, der unter *Zinns* Führung seine Thätigkeit 1875 auf die ganze Provinz Brandenburg ausdehnte, sodann der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen, welcher bei seiner vortrefflichen Organisation unter Leitung des Geh. Medicinalrath *Ludwig* in Heppenheim und seines Nachfolgers Bieberbach vorbildlich für viele später gegründete Hilfsvereine geworden ist. Es existiren jetzt ausser den genannten noch innerhalb Deutschlands Irrenhilfsvereine in Elsass, in Schlesien, im Regierungsbezirk Wiesbaden, in der Rheinprovinz, der Pfalz, München, Sachsen-Meiningen, Niederbayern, im Königreich Sachsen und in Württemberg. In der Provinz Sachsen ist die Gründung eines Hilfsvereins beabsichtigt.

Die Grenzen der Wirksamkeit sind durch die Vereinssatzungen in den einzelnen Vereinen verschieden weit aufgefasst. Sehr ausgedehnt sind die in den Satzungen gegebenen Aufgaben des Hilfsvereins für das Königreich Sachsen. Er will das Verständniss für die Geisteskrankheiten und das Interesse für die Geisteskranken wecken und fördern und bes. die aus den öffentlichen Anstalten für solche Kranke entlassenen Personen zur Erleichterung ihres Wiedereintritts in das bürgerliche Leben unterstützen, auch, soweit die Mittel des Vereins nach Erfüllung des Erwähnten Hauptzwecks ausreichen, den in Noth befindlichen Familien Geisteskranker Hilfe gewähren. Im Sinne der Arbeit des Hilfsvereins werden die Epileptischen und Hysterischen den Geisteskranken gleichgeachtet.

Diese sowie die meisten andern Statuten der später gegründeten Hilfsvereine sind den Hilfsvereinen für die Geisteskranken in Hessen nachgebildet oder dem Statut des brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke. Letzteres bezeichnet als Zweck des Vereins:

1. Die Fürsorge für Geisteskranke der Provinz Brandenburg und bes. für die aus der Irrenanstalt Eberswalde entlassenen Armen und Hilfsbedürftigen.

2. Die Hebung der öffentlichen Irrenpflege der Provinz Brandenburg und die Beseitigung von Vorurtheilen gegen Irrsinn und Irrenanstalten.

Etwas enger gefasst ist die Wirksamkeit des Hilfsvereins für reconvalescente Geisteskranke in Württemberg. In seinen Statuten ist die allgemein aufklärende und Vorurtheile gegenüber den Geisteskranken beseitigende Thätigkeit nicht mit angeführt, dagegen die Fürsorge für die Familie des Erkrankten hervorgehoben.

Gemeinsam ist sämmtlichen Hilfsvereinen das Bestreben, den Uebergang der Geisteskranken in die Aussenwelt möglichst zu erleichtern und die ersten Schwierigkeiten nach der Anstaltsentlassung zu vermindern. Um die hierfür nöthigen Geldmittel zu erhalten, werden von den Mitgliedern Beiträge erhoben. Ausserdem steuern bei einzelnen Vereinen der Staat oder communale Verbände bei, z. B. erhielt der hessische Hilfsverein im Jahre 1900/01 aus der Grossherzoglichen Staatskasse 1000 M. und aus Kreis-, Stadt- und öffentlichen Kassen 2755 M. 62 Pf., der brandenburgische Hilfsverein erhielt 1899/00 von Staats- und ständischen Behörden 830 M., der Hilfsverein in Württemberg 1900 vom kgl. Ministerium des Innern 1000 M. Beitrag.

Dass die aufgebrachten Summen durchaus nicht unbedeutend sind, kann man aus folgenden Zahlen ersehen: Die Summe der Einnahmen des Irrenhilfsvereins betrug in Hessen 1900/01 27601 M. 70 Pf., in Württemberg 14202 M. 72 Pf., in Sachsen 4026 M. 72 Pf., in Brandenburg 4578 M. 1 Pf. Für die Vereinszwecke sind vom hessischen Hilfsvereine in den ersten 25 Jahren seines Bestehens rund 240000 M., also fast eine Viertelmillion verausgabt. Der St. Johannesverein zur allgemeinen Irrenfürsorge in Westfalen hat aus eigenen Mitteln eine Idiotenanstalt für mehrere Hundert Insassen gebaut. Man sieht, dass es nicht nur Kleinarbeit ist, die von den Hilfsvereinen geleistet wird, wenn ja auch die Hilfe und Fürsorge, die den einzelnen Kranken bezw. deren Familien gewährt wird, immer eine Hauptaufgabe der Hilfsvereine bleibt. Mit ihr verknüpft sich ganz von selbst die Aufklärung der grossen Menge über die Irrenanstalten durch das Institut der Vertrauensmänner.

Um den einzelnen Kranken den Uebertritt in das freie Leben nach der Anstaltsentlassung zu erleichtern und die familiären Verhältnisse möglichst günstig zu gestalten, genügt eine einfache Geldunterstützung nur theilweise. Es kommt ausserdem darauf an, den Entlassenen auch mit Rath und That zur Seite zu stehen, drohende Gefahren abzuwenden, durch geeignete Massregeln einer Wiedererkrankung vorzubeugen, bei Wiedereintritt einer Erkrankung den Patienten rechtzeitig in geeignete Pflege zu bringen. Das Alles kann aber nicht in genügendem Maass von der Direction der Irrenanstalt, aus welcher der Kranke entlassen ist,

geschehen, da ihr die näheren Verhältnisse und die Umgebung des Entlassenen nicht hinreichend bekannt sind, ausserdem bei der starken Arbeitslast eine Anstaltsdirection kaum Zeit hat, sich bis ins Einzelne mit dem ferneren Ergehen der Entlassenen zu befassen. Es bedarf daher der Mittelspersonen, welche an Ort und Stelle dem Entlassenen und seinen Angehörigen zur Seite stehen. Diese Vertrauensmänner müssen einerseits mit den Irrenanstaltsdirectionen in Fühlung bleiben, von ihnen berathen und mit den Mitteln des Vereins unterstützt werden, andererseits den Kranken gegenüber eine helfende und fürsorgende Thätigkeit entwickeln. Dass zu diesem Ehrenamt vorzüglich Männer sich eignen, die kraft ihrer Lebensstellung eine gewisse Autorität geniessen, liegt auf der Hand. Sie müssen durch die Anstaltsdirectionen bekannt gemacht werden mit dem Aufnahmeverfahren in die Irrenanstalten, damit sie in dieser Beziehung geeigneten Rath ertheilen können, und mit der Behandlung, welche für die in ihre Familie zurückkehrenden Kranken und Genesenen die richtige ist. Ausserdem gilt es, bei ihnen den Hebel anzusetzen, um die alten verkehrten Anschauungen über unsere Anstalten durch der Wahrheit entsprechende zu ersetzen. Dass man zu diesem Zweck den Vertrauensmännern Einblick in das Irrenanstaltsleben nicht gänzlich verweigern darf und dass die Aerzte hiervon vielerlei Mühe und Last haben, liegt auf der Hand. Es würde aber ohne diese Mühewaltung den Vertrauensmännern unmöglich sein, ihr Ehrenamt in rechter Weise aufzufassen. Nichts trägt so zur Zerstreuung und Verminderung der Vorurtheile gegen Irrenanstalten und Geisteskranke bei, als wenn man Leuten, die nach ihrer ganzen Lebensstellung Gewähr bieten, dass sie nicht Neugier, sondern wirkliches Interesse leitet, nach Möglichkeit Zutritt zu den Irrenanstalten gewährt und sie über die verkehrten Volksanschauungen den Anstalten und ihren Insassen gegenüber aufklärt. Nur so kann die Furcht vor den Irrenanstalten, in der auch das gebildete Publikum noch immer eine Anhäufung von Zwangs- und Beschränkungsmitteln sieht, vernichtet und der modernen Irrenpflege der Platz in der Achtung des Volkes gegeben werden, der ihr dank der jetzigen freien Behandlungsart gebührt.

Ausserdem erwachsen aber noch zahlreiche Vortheile aus dem Umstand, dass sich angesehene Männer in den verschiedenen Orten für die Irrenpflege interessiren und mit den Irrenärzten in Berührung kommen. Die Ueberführung der Geisteskranken kann durch die mit dem Aufnahmeverfahren bekannten Vertrauensmänner in einem früheren und daher mehr Aussicht auf Heilung bietenden Stadium der Erkrankung wie bisher veranlasst werden. Ausserdem kann durch die Vertrauensmänner, wie es schon in einzelnen Vereinen, z. B. dem hessischen, geschieht, Erhebliches zur Verbesserung des Wartpersonals beitragen werden, da es ortskundigen angesehenen, mit den an die Pfleger zu stellenden Anforderungen vertrauten Persönlichkeiten leicht gelingt, geeignete junge Leute auf den Beruf als Irrenpfleger aufmerksam zu machen und den Anstaltsdirectionen zu empfehlen. Auch für

die Prophylaxe der Geisteskrankheiten können die Vertrauensmänner nützlich wirken, indem sie ihre Umgebung auf die Gefahren des Alkoholmissbrauchs und anderer die Entstehung von Psychosen begünstigender Schädlichkeiten aufmerksam machen.

Steht der Vertrauensmann ausserdem mit Rath und That den in seinem Bezirk ansässigen Geisteskranken im Einverständniss mit den betreffenden Anstaltsdirectionen und gestützt auf die materiellen Mittel des Hilfsvereins zur Seite, so sehen wir ihm ein so weites und dankbares Feld der Bethätigung geboten, dass es wohl die aufgewandte Mühe und Arbeit lohnt, und dass sich auch geeignete Persönlichkeiten für dieses Amt finden lassen. Die grosse Zahl der Vertrauensmänner der bestehenden Vereine bestätigt diese Annahme, z. B. gab es am 1. April 1901 in Hessen 884 Vertrauensmänner, die über das ganze Land vertheilt waren. Die Leitung der Hilfsvereine fällt naturgemäss den Aerzten der Landesirrenanstalt zu, welche sich im Interesse der guten Sache der allerdings recht erheblichen Müheverwaltung nicht entziehen dürfen.

In den Irrenhilfsvereinen haben wir also ein Mittel, die schon so oft beklagende materielle Noth der aus der Anstaltspflege entlassenen Geisteskranken zu mildern, ferner den Geist der modernen Irrenanstalt dem Volksbewusstsein näher zu bringen und die in Betreff der Irrenanstalten bestehenden Vorurtheile zu verringen. Die Hilfsvereine haben sich innerhalb und ausserhalb Deutschlands bewährt und in einzelnen Staaten, ich nenne hier nur Hessen, eine geradezu glänzende Entwicklung gewonnen. Es wäre daher wünschenswerth, dass auch dort, wo bisher noch kein derartiger Verein existirt, die Gründung eines Irrenhilfsvereins ins Auge gefasst würde, und es wäre ganz besonders zu begrüssen, wenn die Provinz Hannover, in welcher unsere heutige Versammlung tagt, sich den von mir genannten Staaten und Provinzen durch Bildung eines Irrenhilfsvereins anschlösse.

Diskussion: *Cramer*-Göttingen wünscht ebenfalls die Bildung eines Irrenhilfsvereins in der Provinz Hannover, hebt aber die Schwierigkeiten, die zu überwinden wären, hervor.

Alt-Uchtspringe warnt vor Ueberschätzung des Werthes der Irrenhilfsvereine. Er hält die Behörden für verpflichtet, für die entlassenen Geisteskranken zu sorgen und erwartet daher von ihnen die nöthigen Geldmittel. Er schildert die Leistungen der Provinz Sachsen in dieser Beziehung und theilt mit, dass dort schon längere Zeit die Gründung eines Hilfsvereins geplant sei.

Gerstenberg-Hildesheim glaubt nicht, dass die Behörden Mittel für entlassene Geisteskranke bereitstellen würden, obgleich früher ein Etat-Posten für entlassene Kranke vorhanden war. Man müsse sich an die öffentliche Wohlthätigkeit wenden.

Snell-Hildesheim bemerkt im Schlusswort, dass es am besten sei, wenn sowohl die Behörden wie die öffentliche Wohlthätigkeit die Irrenhilfsvereine materiell unterstützten.

Cramer-Göttingen: Ueber krankhafte Eigenbeziehungen und Beachtungswahn.

Cr. bespricht die im Verlauf und Beginn mancher Psychosen auftretende krankhafte Eigenbeziehung. Er stellt zunächst 2 Typen auf, bei deren einem die Kranken sich des Krankhaften ihrer Beziehungsvorstellungen nicht bewusst werden (paranoischer Typus), während bei dem anderen die Kranken das Krankhafte ihrer Eigenbeziehung wohl einsehen, sich aber davon nicht frei machen können (Typus vom Charakter der Zwangsvorstellungen). Vortr. geht aus von der auch bei Gesunden zu beobachtenden falschen Eigenbeziehung (zahlreiche Beispiele aus dem alltäglichen Leben) und gelangt zu dem als krankhaft zu betrachtenden Beziehungswahn, wie er besonders im Beginn mancher Psychosen hervortritt, so als einleitendes Moment bei der chronischen Paranoia, ferner bei der Melancholie, Paralyse, beim traumatischem Irresein, beim Alkoholismus, bei der Neurasthenie etc. Den Boden dafür können veränderte Organgefühle abgeben, oder insbesondere die Angst, dann nervöse Beschwerden, Schwerhörigkeit etc. Immer wird primär ein Gefühl von Insufficienz vorhanden sein, und es werden so stets die Momente des veränderten Vorstellungsinhalts nach aussen projicirt werden und so zu einer krankhaften Beachtung der Umgebung führen. Die Prognose hängt ab von der Grundkrankheit.

Diskussion: *Alt*-Uchtspringe erwähnt die Beziehungen von Magen, Herz und Ohrenerkrankungen zu krankhaften Eigenbeziehungen. Er hält eine eingehende körperliche Untersuchung stets für dringend geboten, damit körperliche und psychische Behandlung Hand in Hand gehen können.

Bruns-Hannover macht auf den Alkoholismus als Ursache des Beziehungswahns aufmerksam. Eigenbeziehung des schlechten Gewissens.

Berkhan-Braunschweig erinnert an die Zwangsvorstellungen der Schauspieler. Die Zwangsvorstellung entstehe durch die sich andauernd wiederholende Beziehungsvorstellung.

Cramer-Göttingen betont im Schlusswort, dass ein Analogon der Höhenschwindel abgebe, wie ihn Bewohner der Ebene empfinden, die das erste Mal in die Berge kommen. Das Unvermögen, Höhendifferenzen richtig abzuschätzen, führt hier zu einem mit Angst verbundenen Gefühl der Insufficienz, das sich jedesmal wieder unter der Beachtung der gleichen äusseren Momente, die die Erscheinung zum ersten Mal ausgelöst haben, einstellt.

Weber-Göttingen: Ueber einige Neubauten der Göttinger Irrenanstalt.

Zur Unterbringung siecher und pflegebedürftiger sowie gefährlicher Kranker mit verbrecherischen Neigungen reichten die Räume der Göttinger

Anstalt nicht mehr aus und waren die Einrichtungen unzulänglich. Es wurde deshalb auf Vorschlag des Directors *A. Cramer* zunächst eine Lazarethabtheilung in Gestalt eines leichten Barackengebäudes errichtet. Dasselbe ist einstöckig, ohne Unterkellerung auf Backsteinsockeln in Holzfachwerk errichtet. Die Wände bestehen aus einer zweifachen Schicht Gipsdielen mit Torfmüllungen und Cementverputz, der Fussboden aus Xylopan.

Der einfache Grundriss der für 36 Kranke ausreichenden Abtheilung zeigt 2 Schlafsäle an beiden Schmalseiten eines Tageraumes; an der nördlichen Langseite des Tageraums befinden sich in einem etwas niedrigeren Anbau die Nebenräume, so dass über ihnen noch kleinere Fenster unter der Decke in den Tageraum führen; an der südlichen Langseite, welche mit 4 grossen Fenstern versehen ist, ist eine Veranda vorgelagert. Die Schlafräume haben von 3 Seiten Fenster, die alle gross, mit gewöhnlichem Glas versehen und ohne Sicherung sind. Die Heizung erfolgt durch 4 in die Wand eingebaute eiserne Mantelöfen und hat sich bis jetzt in 2 Wintern gut bewährt. In dieser Abtheilung sind alle siechen, zu Decubitus und Unreinlichkeit neigenden Kranken, vor allem Paralytiker, demente Epileptiker, Idioten u. s. w. untergebracht. Der Betrieb ist so, dass in einem Schlafsaal auch nachts gewacht wird, während in dem andern 2 Wärter schlafen. Im Wachsaal liegen alle die Kranken, welche nachts herausgenommen oder wegen Decubitusgefahr oder aus sonstigen Gründen umgelegt werden müssen; im anderen Schlafsaal werden nur einige Kranke nachts einige Male nachgesehen und zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse aufgefordert. Die Einrichtung hat sich so bewährt, dass jetzt unreine Kranke und Decubitus fast nicht mehr vorkommen, obwohl keinerlei besondere Einrichtungen und Schutzmassregeln (Torfmullbetten, Wasserkissen) dafür vorhanden sind, auch der Verbrauch der Bettwäsche ist ein erheblich geringerer geworden.

Die Kosten für das Lazareth betragen (ohne Grunderwerb) 35000 M. wovon 8000 auf die innere Einrichtung kommen.

Die Station für unruhige Kranke bestand bisher aus einem langen Flügelbau, in welchen auf einen als Tageraum ausgestatteten Corridor, 17 Einzelzimmer verschiedener Construction mündeten. Vier derselben in einem Mittelausbau untergebracht, waren von einem gemeinsamen Vorraum aus zugängig, besassen nur Oberlicht, waren schlecht zu ventiliren, dunkel und unfreundlich. Sie wurden ganz entfernt und der dadurch gewonnene Raum in einen grossen Schlafsaal verwandelt, der sein Licht durch zwei, je 2,8 qm grosse Seitenfenster mit starkem Glas und um eine verticale Achse drehbaren Seitenflügeln (nach *Hitzig*) erhält. Dadurch wurde ein ausreichender, sehr freundlicher Raum für 10 Betten geschaffen, und die ganze Station bekam einen anderen Charakter, weil eine Anzahl von Kranken, die man mangels geeigneter Plätze in den Zellen schlafen lassen musste, hier untergebracht werden können. Nachts schlafen 2 Wärter in dem Saal. Im Zusammenhang mit dem anstossenden, als Tageraum verwendeten Theil

des Corridors kann diese Abtheilung ohne Weiteres auch als Wachstation gebraucht werden, wenn der Bedarf nach einer solchen für dauernd unruhige, gewaltthätige und dabei selbst mordverdächtige hervortritt.

Angesichts der in der Fachlitteratur neuerlich wieder vielfach ventilirten Frage der zellenlosen Behandlung verdient der Umbau Erwähnung als Beweis für die Thatsache, dass überall, auch in den Anstalten älterer Bauart, das Bestreben besteht, die Zahl der Zellen und damit die Häufigkeit der Isolirungen zu vermindern; die Durchführung derartiger Massregeln steht jedoch nicht immer in der Macht des Anstaltsleiters. Eine radicale Abschaffung aller Einzelzimmer und jeder Isolirung, wie sie *Wattenberg* verlangt, dürfte jedoch zu weitgehend sein, wenigstens für grössere Anstalten. Bei der Erörterung dieser Frage in der Fachpresse ist von beiden Seiten wiederholt auf die grosse Zahl der Neuaufnahmen einer Anstalt als Beweis sowohl für als gegen die Nothwendigkeit der Beibehaltung der Zellen hingewiesen worden. Vortr. glaubt nach seinen Erfahrungen, dass weniger die neuaufgenommenen, frisch erkrankten Fälle, auch wenn sie schwer erregt sind, die Isolirung und damit die Beibehaltung der Einzelzimmer erfordern, als vielmehr gewisse Dauerkranke, besonders solche Epileptiker, Hysteriker, Imbecille und degenerative Psychosen, welche die Neigung zur Aufreizung anderer Kranken, zu häufigen immer in gleicher Weise auftretenden Erregungszuständen und Suicidversuchen haben und dadurch ihre Mitkranken sehr belästigen, das Personal und die Aerzte ausserordentlich in Anspruch nehmen. Solche Elemente häufen sich aber gewöhnlich in den Anstalten an, die nicht, wie die Stadtasyle, neben einer starken Aufnahmezahl auch die Möglichkeit haben, nach anderen Anstalten zu überführen.

Vogt-Göttingen: Ueber die Beziehungen zwischen Aphasie und Demenz.

Vortr. bespricht den Einfluss, welchen Ausfallserscheinungen im Gebiete der Sprache ausüben auf den normalen Ablauf des Denkprocesses. Es kommen hierbei natürlich nur Störungen im Sprachgebiet in Betracht, sofern dieselben nicht subcortical, sondern durch Läsionen höhererer Gegenden bedingt sind. Einer allgemeinen Erörterung der Frage stellt sich die gerade hier so erhebliche Breite der individuellen Verschiedenheit hindernd in den Weg. Es liegt dies bekanntlich daran, dass das Verhältniss zwischen rein begrifflichem und sprachlichem Denken sich im einzelnen Falle ganz verschieden gestaltet. Es kommt hierbei ganz besonders in Betracht, dass demjenigen, der sprachlich denkt, sich die Gedanken schon in einer bestimmten Formulirung zu präsentiren pflegen und dass diese Formulirung der Worte zu geordneten Sätzen, der Lautcomplexe zu Worten im Sprachfelde vor sich geht. Es ist daran zu denken, dass der Wortbegriff selbst schon eine Associationsgruppe darstellt, sowie dass der psychische Werth des ganzen Sprachfeldes nur in seinen associativen Verbindungen liegt.

Dies zeigen gerade die sog. unreinen Fälle von Aphasie am deutlichsten. Es lässt sich dies zuweilen sogar für den Unterschied feststellen, den der sprachliche Associationscomplex für concrete und abstracte Begriffe hat, analog wie *Sachs* dies für das normale Denken auseinandergesetzt hat. Eine weitere Beziehung ergiebt sich bei Herderkrankungen welche in dem Gebiete der Sprache einen Ausfall erzeugen, durch die Fernwirkungen. Diese können natürlich nach irgendwo gelegenen Herden auftreten und äussern sich in einem Ausfall von Functionen benachbarter oder entfernt gelegener Rindenpartien oder in einer allgemeinen Functionsherabsetzung der Hirnrinde überhaupt, welche letztere bei dem gleichzeitigen Functionsausfall der sprachlichen für das Denken und die Begriffsbildung nöthigen Componenten besonders leicht zu einer dauernden Schädigung führen und besonders deutlich in Erscheinung treten wird.

Ouaet-Faslem-Göttingen bringt Mittheilungen aus der Universitätspoliklinik für psychische und Nervenkranke zu Göttingen.

Im October vorigen Jahres gegründet, hat die Poliklinik, wie die Besuchszahlen beweisen, ihre Existenzberechtigung bewiesen, ja mehr als das, sie war entschieden ein Bedürfniss. Als glücklich muss die Verbindung der Poliklinik mit der psychiatrischen Klinik resp. der Heil- und Pflegeanstalt angesehen werden. Es werden acute Psychosen weit eher erkannt und sachgemässer Behandlung zugänglich, die unter dem Deckmantel eines nervösen Leidens in der Poliklinik erscheinen, während sie in diesem Frühstadium selten in der Anstalt zur Aufnahme gelangen. Manche Aufnahme wird so veranlasst, so lange der Kranke noch heilbar ist resp. so lange er noch keine gemeingefährliche Handlungen begangen hat. Oft aber wird es möglich sein die Anstaltsbehandlung ganz zu vermeiden.

Von den in der Poliklinik unter einer bisherigen Frequenz von 316 Fällen erscheinenden Psychosen brauchten nur zwei in der Anstalt aufgenommen zu werden. Die einzelnen zur Behandlung gelangenden Fälle vertheilten sich auf:

Krankheiten des Rückenmarks . .	9
„ der peripheren Nerven	24
„ des Gehirns	16
Angioneuren und Trophoneurosen .	8
Intoxicationen unter Betheilung des Nervensystems	2
Psychosen	38
Neurosen	219

Die Poliklinik trägt ferner dazu bei, dass beim grossen Publikum noch immer bestehende Misstrauen gegen die Irrenanstalten beseitigen zu helfen.

Die Poliklinik untersteht der Leitung des Directors der psychiatrischen Klinik und der Heil- und Pflegeanstalt, Professor *Cramer*.

Ref. bringt dann aus dem Material der Poliklinik einen Fall seltener Localisation von Graphospasmus.

Der Krampf befällt lediglich den Pectoralis major und Deltoideus.

Der Patient war 17 Jahre Trompeter und spannte in seinem Beruf beim Halten seines Instrumentes die beiden erwähnten Muskeln. Er ist jetzt Kassenbote der Reichsbank und muss viel schreiben. Es scheint ihm nun nicht zu gelingen, das alte Coordinationssystem, das er im Dienste des ersten Berufes verwenden musste, im neuen Beruf ganz auszuschalten.

Es liegt eine reine Störung der Coordination vor, die die Bezeichnung des Schreibkrampfes als coordinatorische Beschäftigungsneurose (*Benedikt*) vollkommen rechtfertigen muss.

Ref. erwähnt dann kurz den seiner Ansicht nach sehr grossen Einfluss der Psyche auf die Krankheit.

Zum Schluss bringt Ref. einige Angaben über das Nährpräparat „Hygiama“, dessen Verwendung sich in der Poliklinik in jeder Hinsicht als auffallend günstig erwiesen hat und in ihr jetzt in vielen Fällen zur Anwendung kommt.

Bei allen Arten von Schwächezuständen (Clorose etc.), bei neurasthenischen und hysterischen Verdauungsstörungen und vor allen auch bei Nahrungsverweigerungen in der Anstalt hat es sich sehr gut bewährt. In der Poliklinik wurde es bisher in 35 Fällen verwandt.

Ref. hält das Mittel namentlich auch im Betriebe grosser Anstalten für sehr empfehlenswerth. Die Beobachtungen werden fortgesetzt.

(Autoreferat).

Behr-Lüneburg berichtet über die Erfahrungen, die in Göttingen mit der Familienpflege gemacht sind. Die Familienpflege besteht dort seit dem Beginn des vergangenen Jahres und ist vorläufig auf 4 Dörfer in der nächsten Umgebung von Göttingen beschränkt. Die Zahl der Pfleglinge konnte sich bei dem Mangel an geeigneten Kranken nur allmählich vergrössern, zur Zeit sind 26 Kranke, und zwar 22 Männer und 4 Frauen in der Familienpflege untergebracht. Bei der Auswahl der Kranken musste besonders in der ersten Zeit mit grosser Vorsicht vorgegangen werden. Grundsätzlich ausgeschlossen waren alle criminellen Kranken, ebenso alle zu gewaltthätigen Handlungen neigenden Elemente, vermieden wurden weiter sämmtliche Paralytiker, Epileptiker und die siechen Kranken, die einer besonderen Pflege bedurften. Auch Alkoholiker wurden anfangs ausgeschlossen, doch führte ein später unternommener Versuch nicht zu Unannehmlichkeiten. Vortr. hält für am besten zur Familienpflege geeignet die abgelaufenen Fälle von chron. Paranoia, die Fälle von sec. Schwachsinn vielleicht auch unter entsprechender sorgfältiger Beaufsichtigung, die Imbecillen. Die Kranken haben sich fast durchweg schnell an die veränderten Verhältnisse gewöhnt, Klagen besonderer Art sind niemals seitens der Pfleglinge laut geworden. Vor Allem haben sich die vom Lande

stammenden Kranken, deren Gewohnheiten ja die Familienpflege am meisten entsprach, sehr schnell in die veränderten Verhältnisse eingelebt, während die Kranken aus städtischer Bevölkerung grössere Schwierigkeiten machten. Vortr. empfiehlt für diese Kranken die Einrichtung von Pflegestellen in der Stadt Göttingen. Bei verschiedenen Krankheiten hat er Besserungen im psychischen Verhalten beobachten können.

Neben diesen günstigen Resultaten kamen auch verschiedentlich Unannehmlichkeiten vor. 2 Kranke mussten wegen eingetretener Erregung dauernd zurückgenommen werden, in 3 Fällen fanden Entweichungsversuche statt, die aber sämmtlich resultatlos verliefen. Ein Kranker starb im Hause des Pflegers an einer äusserst acut verlaufenden Peritonitis, während ein weiterer Pflegling einem schweren, tödtlich verlaufenden Unglücksfall zum Opfer fiel, ohne dass den Pfleger ein Verschulden dabei traf.

Die Bauern in der Umgebung von Göttingen hält Vortr. in jeder Beziehung als Pfleger für geeignet. Sie sind sämmtlich ganz wohlhabend, ohne aber reich zu sein, sie sind intelligent, sehr fleissig, nüchtern und zeichnen sich besonders durch ihre grosse Ruhe und Gutmüthigkeit aus, verstehen infolge dessen recht gut mit den Kranken umzugehen.

Vortr. erwähnt schliesslich mit einigen Worten den Nutzen, den auch die Anstalt einmal durch die billigere Verpflegung, ferner durch die Entlastung durch die Familienpflege hat und kommt zu dem Schluss, dass die Familienpflege sich in Göttingen in jeder Weise bewährt und Resultate erzielt hat, die zu einer weiteren Ausdehnung in vollstem Masse berechtigen.

R. Snell.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

66. Sitzung am 27. Juni 1901.

Vortrag des Herrn Landrichter *Döhn*-Dresden. „Bemerkungen zum Fall Rüger."

Redner bespricht auf Grund authentischer Zeitungsberichte und einer Abschrift des oberkriegsgerichtlichen Urtheils gegen den Oberleutnant Karl Wilhelm Rüger des 4. westfälischen Infanterieregiments No. 17 die Umstände, welche bei den von der Vertheidigung zugezogenen Sachverständigen Dr. *Smith* und Professor *Bleuler* Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten hatten aufkommen lassen. Oberleutnant Rüger war wegen Mordes angeklagt worden. Das Oberkriegsgericht hat ihn, weil er sich mit einer Waffe an einem Vorgesetzten thätlich vergriffen hat, wodurch der Tod desselben verursacht worden ist, zu einer Zuchthausstrafe von 6 Jahren und zur Entfernung aus dem Heere verurtheilt.

Oberleutnant Rüger hat unter dem Einfluss grosser Alkoholdosen und einer starken Aufregung durch eine Zweikampfverhandlung, an der sein Bruder betheiligt war, einen Hauptmann Adams, der seinen Bruder beleidigt hatte, unmittelbar bevor diesem Hauptmann Adams die Forderung des letzteren überbracht werden sollte, erschossen. Die Sachverständigen hatten ihr Gutachten dahin abgegeben, dass die That verübt sei „in epilepsieartigem Dämmerzustand, der die freie Willensbestimmung völlig ausschliesst". Sie erklärten die Berauschung und die hierdurch hervorgerufene Aufregung für krankhaft, den Angeklagten für erblich belastet, da erstens sein Vater ihn in der letzten Zeit seines Lebens gezeugt hätte, wo er an Schlaflosigkeit und Hirndruck gelitten und da zweitens sein Bruder Geld gestohlen und sich im 16. Jahre erschossen habe. Der Angeklagte ist in der Jugend Nachts oft aufgeschreckt, im späteren Alter hat er „Budenangst" gehabt, er hat 1891 einen Sturz vom Pferde mit Stossen des Kopfes an eine Mauer erlitten, ist darnach besinnungslos weggetragen worden und 3 Wochen lang krank gewesen. Dr. *Smith* hat eine Herzvergrösserung constatirt. Das Oberkriegsgericht nimmt Rücksicht darauf, dass sich Oberleutnant Rüger, obwohl er sonst auch und noch mehr getrunken hätte, die Qualification eines guten und tüchtigen Offiziers erworben und Jahre lang die körperlichen und geistigen Anstrengungen des Dienstes ohne Mühe ertragen hat. Es ist der Meinung, dass die Liebe zu dem Bruder und die Angst für dessen Leben das Motiv für die That war, dass aber keine fixe Idee vorlag. Dem Gerichte steht die Zurechnungsfähigkeit und volle Verantwortlichkeit des Angeklagten ausser Zweifel, es hat deshalb den Antrag der Sachverständigen, den Angeklagten in der Universitätsklinik zu Giessen durch Professor *Sommer* irrenärztlich beobachten zu lassen, abgelehnt. Das Verbrechen des Mordes wurde nicht angenommen, sondern das des thätlichen Vergreifens an einem Vorgesetzten, welches dessen Tod verursacht hat (§ 97 des Militär-Straf-Gesetz-Buches). Die eingelegte Revision wurde verworfen.

Herr *Döhn* bemängelt unter Anderem den Schluss des Gerichts, dass der Oberleutnant zwar zu Trunk und Gewaltthätigkeiten neige, aber vollkommen normal sei; er ist der Meinung, dass das Gericht die Beobachtung des Angeklagten in einer Anstalt hätte verfügen müssen, da 2 innerlich übereinstimmende und sich deckende Gutachten vorgelegen hätten.

Diskussion: Herr Geheimrath Dr. med. *Weber*-Sonnenstein ist nicht davon überzeugt, dass ein epileptischer Dämmerzustand vorgelegen habe, wie die Sachverständigen aussagten, neigt vielmehr der Ansicht zu, dass es sich um einen pathologischen Rauschzustand gehandelt habe. Er kritisirt die mitgetheilten Gründe des Urtheils, hält das Aufschrecken des Verurtheilten bei nächtlicher Angst für beachtlich und erklärt ebenfalls die Argumentation des Gerichts, dass Straffreiheit nicht eintreten könne, da Neigung zu Gewaltthätigkeiten in der Betrunkenheit auch sonst bei ihm

vorlage, für unverständlich. Obwohl der vor Jahren beobachtete Ohnmachtsanfall recht gut als Schwächeanfall in Folge von Erschöpfung bei grosser Hitze aufgefasst werden könne, obwohl die Art der Handlung keine Hinweise auf einen epileptischen Dämmerzustand zeige, hätte seiner Meinung nach der Gerichtsherr die Ueberweisung des Beschuldigten in eine öffentliche Irrenanstalt zum Zwecke der Beobachtung nicht ablehnen dürfen. Zu welchem Resultat die Beobachtung geführt haben würde, könne er natürlich nicht wissen.

Herr Oberarzt Dr. *Krell*-Hochweitzschen berichtet über die betreffenden *Sommer*'schen Untersuchungen, die von *Sommer* selbst als noch nicht abgeschlossen bezeichnet würden und aus denen noch keine praktischen Schlüsse gezogen werden dürften.

Herr Amtsgerichtsrath Dr. *Weltz*-Dresden verwahrt sich gegen die Verallgemeinerung der Logik des Oberkriegsgerichts, die dahin gegangen sei: wir überweisen den Angeklagten nicht zur Beobachtung in eine Irrenanstalt, denn wir lassen uns von unserer Ueberzeugung seiner Zurechnungsfähigkeit und vollen Verantwortlichkeit ja doch nicht abbringen!

Herr Hofrath Dr. med. *Ganser* bedauert das Urtheil ebenfalls, er für seine Person zweifelt nicht an der Krankhaftigkeit des *Rüger*'schen Zustandes; den Beweis, dass ein epilepsieartiger Dämmerzustand vorgelegen habe, hält er nicht für erbracht, er glaube, dass ein pathologischer Rauschzustand vorgelegen habe.

67. Sitzung am 24. October 1901.

Krankenvorstellung durch Herrn Hofrath Dr. med. *Ganser*.

25 Jahre alter Arbeiter, dessen Vater und Mutter dem Trunke ergeben waren und dessen drei Brüder auch trinken. In der Schule lernte er schwer. Im Alter von 19 Jahren fing er an, zu trinken und zwar genoss er täglich durchschnittlich einige Glas Bier und für 30 Pf. (also etwa $^1/_2$ Ltr.) Schnaps, bis vor etwa 2 Jahren. Mehrfach erlitt er Verletzungen; unter Anderem stürzte er 1898 von einem Wagen, blieb einige Zeit besinnungslos liegen und bot Anzeichen von Gehirnerschütterung; seitdem verträgt er keinen Alkohol mehr. Er zog sich zahlreiche Bestrafungen wegen Verübung groben Unfugs, ruhestörenden Lärms, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Scandalirens in seiner Wohnung, auf der Strasse und dergl. zu. Wiederholt versuchte er, sich durch Aufschneiden der Pulsadern das Leben zu nehmen; zum letzten Male, als er aus dem Siechenhause beurlaubt und durch den Genuss einiger Glas Bier in einen Rauschzustand gerathen war, in dem er Gesichtstäuschungen hatte, in Folge dessen zu toben begann und alsbald in das Irrenhaus zurückgebracht werden musste.

Der vorgestellte Kranke, der, wie eine Prüfung seiner Intelligenz zeigt, schwach begabt ist und Gedächtnissdefecte hat, leidet an Alkoholzerrüttung; als besonders charakteristisch für diese zeigen sich bei ihm erbliche Belastung, Sucht zu ausschweifendem Leben, zahlreiche Delikte und Intoleranz gegen Alkohol. Es ist anzunehmen, dass sich derselbe bei allen Vergehen,

die zu Bestrafungen seinerseits geführt haben, in einem pathologischen Rauschzustande befunden hat.

Diskussion: In welcher Weise unrechtmässige Verurtheilung solcher Kranker, deren es viele giebt, und die meist wegen Uebertretungen oder leichter Delikte mit dem Gesetz in Conflict kommen, gesteuert werden kann, ist noch eine offene Frage, da doch die Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen zu allen Gerichtsverhandlungen undurchführbar ist.

68. Sitzung am 21. November 1901.

Vortrag des Herrn Geheimen Medizinalraths Dr. *Weber*-Sonnenstein „Ueber die Zurechnungsfähigkeit für Delicte, die im Rausch begangen worden sind".

Von den auf den Alkoholmissbrauch zurückführenden Vergehen und Verbrechen entfallen sehr viele auf Personen, die nicht als Trunksüchtige zu bezeichnen, sondern nur gelegentlich betrunken gewesen sind und in diesem Zustande Handlungen ausgeführt haben, die sie im nüchternen Zustande ohne Zweifel vermieden haben würden (Exemplifikation auf die Fälle von Mürchingen und Insterburg). Dass in beiden Fällen die Excedenten betrunken gewesen sind, wird von keiner Seite bezweifelt, dennoch sind sie für zurechnungsfähig erklärt und demnach behandelt worden, ebenso aber werden bei zahllosen anderen Gelegenheiten Leute, die zweifellos im Rausche dieses oder jenes Verbrechen begangen haben, als „zurechnungsfähig" verurtheilt und bestraft. Es ist daher sicher von Interesse, die Beziehungen der Betrunkenheit zur Zurechnungsfähigkeit zu erörtern, wenn man auch kaum hoffen darf, bei der ganz besonderen Schwierigkeit dieses Capitels zu einem allseitig anerkannten sicheren Standpunkt zu gelangen.

Vom rein ärztlichen Standpunkt wäre ja die Entscheidung der Frage nicht allzu schwer. Denn dass ein abnormer beziehentlich krankhafter psychischer Zustand bei der Trunkenheit vorliegt, kann ja nicht bestritten werden. Die Trunkenheit ist ein Symptom der Vergiftung durch ein Gift mit narcotischen Wirkungen, wie es solche (vom Vortragenden aufgezählt und näher beschriebene) in grosser Zahl giebt. Es wird nun dem Richter kaum beikommen, Individuen, die in einem der angedeuteten Vergiftungszustände eine gewaltthätige Handlung begangen haben, als zurechnungsfähig anzusprechen; er wird, sobald ihm die stattgefundene Vergiftung nachgewiesen wird, die etwaigen Handlungen während derselben als der freien Willensbestimmung entzogen ansehen und sie als strafwürdig nicht auffassen. Anders ist es mit der Beurtheilung der wesensgleichen Alkoholvergiftung; die meisten Menschen sehen sie nicht als Vergiftung, als einen beklagenswerthen pathologischen Zustand an, sondern eben als Rausch, als Ausfluss der Unsittlichkeit, als Gegenstand des Abscheues oder des Witzes oder auch der poetischen Verherrlichung. Es liegt das an ihrer uralten Einbürgerung im gesellschaftlichen Leben, in ihrer Rangerhöhung zum Genussmittel, der Freiwilligkeit ihrer Herbeiführung, ihrer verhältniss-

mässig leichten Ueberwindung u. s. w., vor Allem an ihrer ausserordentlichen Häufigkeit und ihrer grossen Bedeutung für die Criminalität.

Der Richter wird daher — und nicht mit Unrecht — wenig geneigt sein, die Trunkenheit als Strafausschliessungs- oder Strafmilderungsgrund anzuerkennen oder doch nur die höchsten Grade derselben berücksichtigen; er thut das aber offenbar nicht sowohl weil er von dem Vorhandensein der Zurechnungsfähigkeit bei den Trunkenen wissenschaftlich überzeugt ist, als vielmehr unter dem Zwange der socialen Nothwendigkeit, gegen die Ausschreitungen der Trunkenen vorzugehen, die Gesellschaft vor ihnen zu schützen; er wird fürchten, durch allzu peinliche Berücksichtigung des Zustandes des Thäters den Betrunkenen einen Freibrief für alle erdenklichen Schädigungen des Gemeinwesens auszustellen und er wird gewissermassen principiell die psychische Verfassung des Thäters möglichst wenig beachten. Diese Anschauungsweise hat im Militärstrafgesetzbuch einen ganz prägnanten Ausdruck erhalten; das Militärstrafgesetzbuch schliesst ausdrücklich die Betrunkenheit als Strafmilderungsgrund bei im Dienste begangenen Vergehen aus.

Bei alledem wird man aber um die Thatsache nicht herumkommen können, dass die Trunkenheit ein pathologischer Zustand ist und zwar nicht nur die sogenannte Volltrunkenheit, sondern die Trunkenheit in allen ihren Abstufungen von den geringsten Graden der gesetzten Vergiftung an. Es ist namentlich ein Verdienst *Kräpelin*'s und seiner Schule, nachgewiesen zu haben, dass die Wirkung der Alkoholintoxication schon nach sehr kleinen bisher für unschädlich erachteten Alkoholmengen sich messbar bemerklich macht.

Sehen wir uns die Erscheinungen des Rausches näher an (der Vortragende giebt eine eingehende Darstellung des Rausches und der durch ihn bewirkten zunehmend schweren Störungen auf dem Gebiete der Intelligenz, der psychomotorischen Functionen, des Gemüthslebens, der ethischen Gefühle, des Willens etc.) so haben wir in ihm ein ganz typisches Krankheitsbild vor uns wie bei jeder anderen narcotischen Vergiftung, einen Symtomencomplex, der sich bei jeder Alkoholvergiftung (von den allerdings sehr erheblichen individuellen Nuancen einmal abgesehen) regelmässig in der gleichen gesetzmässigen Weise abspielt und bei dem, ist einmal die Vergiftung bis zu einem gewissen Grade gediehen, die sogenannte freie Willensbestimmung eine sehr bescheidene beziehentlich gar keine Rolle spielt.

Das hat denn auch immer und überall — vielleicht von der oben erwähnten Bestimmung des Militärstrafgesetzbuches abgesehen — anerkannt werden müssen, allerdings in verschiedenem Maasse. Der Vortragende giebt einen kurzen Ueberblick über die Bestimmungen der verschiedenen Strafgesetzbücher bezüglich der Zurechnungsfähigkeit bei Betrunkenheit, erwähnt, dass in einer Reihe von denselben der Trunkenheit keinerlei besonderer Erwähnung geschieht, dass in einer Reihe von anderen die

Trunkenheit als Entschuldigungsgrund ausgeschlossen wird, dass in Oesterreich in solchen Fällen, in denen die Strafbarkeit einer Handlung wegen einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen Berauschung ausgeschlossen ist, die Trunkenheit selbst als Uebertretung und zwar unter Umständen ziemlich hoch bestraft wird, dass der Entwurf zu einem Schweizerischen Strafgesetzbuch wegen eines auf übermässigen Genuss von Spirituosen zurückzuführenden Vergehens Wirthshausverbot bis zu 5 Jahren, bei Gewohnheitstrinkern Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt vorsieht und dass einige Gesetzbücher die Fälle, in denen sich der Delinquent mildernde Umstände anzutrinken versucht, von der Herabsetzung der Strafe ausnehmen. Nur das russische Gesetz versucht den Thäter schärfer zu fassen, der sich betrunken hat, um sich die Ausführung des Verbrechens zu erleichtern.

Man würde nun voraussetzen dürfen, dass in den Ländern, in denen das Straf-Gesetz-Buch die Betrunkenheit nicht erwähnt, also auch in Deutschland, die strafrechtliche Verantwortung der Angetrunkenen sich nach den allgemeinen Bestimmungen regele, d. h. also etwa, dass schwere, sogenannte sinnlose Betrunkenheit mit mehr oder weniger vollständiger Aufhebung des Bewusstseins als Strafausschliessungsgrund zu gelten habe, leichtere Grade der Berauschung aber als mildernd bei der Strafausmessung anzusehen seien.

Im Allgemeinen dürfte denn wohl auch die Volltrunkenheit als Strafausschliessungsgrund principiell anerkannt werden, wenn auch hierin die Rechtsprechung keine ganz gleichmässige ist (einige Beispiele werden angegeben); weit auseinander dürften aber die Anschauungen darüber gehen, inwiefern leichtere Grade der Trunkenheit als mildernder Umstand anzusehen sind. Hierbei kommen aber die socialen Rücksichten, der als unumgänglich erachtete Schutz der Gesellschaft besonders zur Geltung und werden, wie Referent öfters zu erfahren gehabt hat, von juristischer Seite sehr entschieden betont (Beibringung eines eklatanten Falles).

Es fragt sich nun, auf welcher Linie man sich zu bewegen habe, um einerseits die wissenschaftlich festgestellten, überdies aber jedem Unbefangenen verständlichen thatsächlichen Verhältnisse nicht zu übersehen beziehentlich zu ignoriren, andrerseits aber auch bei der exceptionellen Stellung der Alkoholvergiftung den berechtigten Forderungen der Gesellschaft Rechnung zu tragen, mit anderen Worten, wie man die Beurtheilung der Betrunkenheit gleichzeitig als eines entschieden psychisch abnormen Zustandes und der Folge eines selbstverschuldeten unsittlichen Excesses auf eine sichere Grundlage zu stellen habe.

Bei der Beurtheilung der Betrunkenheit kommen ohne Zweifel beide der in § 51 Straf-Gesetz-Buchs angeführten Abweichungen von der Norm in Betracht, sowohl eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit als auch Bewusstlosigkeit. Dass der Rausch keine normale, sondern eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit ist, kann, wie schon gesagt, nicht bezweifelt

werden. Wenn wir aber sehen, dass bei diesem Zustande, auch ohne dass das Bewusstsein erheblich oder überhaupt beeinträchtigt ist, von vornherein und allmählich steigend, die intellectuelle Leistungsfähigkeit eine erhebliche Herabminderung erfährt, die Auffassungsschärfe herabgesetzt, das Urtheil getrübt ist, intensive psychomotorische Reizerscheinungen sich geltend machen, die Affecte gesteigert, die sittlichen Gefühle geschädigt sind, so würde man die gleichen Erscheinungen bei jeder anderen psychischen Affection mit zweifellosem Erfolge gegenüber der Zurechnungsfähigkeit geltend machen können. Bei der Berauschung aber steht diesem Erfolge zweierlei hinderlich entgegen: einmal eben der Umstand, dass der grossen Mehrzahl der Menschen die Alkoholvergiftung niemals als acuter Krankheitszustand imponirt, sondern immer nur als ein Vorgang sui generis, der nach ganz anderen Gesichtspunkten beurtheilt wird als eine Krankheit, und dann der andere Umstand, dass dieser Zustand, sofern eine criminelle Handlung während desselben in Frage kommt, kaum je sachverständiger Untersuchungen unterzogen werden kann, seine Feststellungen vielmehr auf Grund von Kriterien sich vollziehen muss, die zumeist durchaus oberflächlicher und unzuverlässiger Art sind. Oft ist diese Feststellung ungemein schwierig, so schwierig, dass es sich bei geringfügigen Delikten kaum lohnt, sie ins Werk zu setzen, zumal dadurch eine kaum zu bewältigende Arbeitslast erwachsen würde. Bei schwereren Delikten wird sie aber unternommen werden müssen und sich ebenso ermöglichen lassen, wie etwa die Beurtheilung des intellectuellen etc. Zustandes eines verstorbenen Testators.

Praktisch wichtiger ist die „Bewusstlosigkeit“, die im Verlauf des intensiven Rausches einzutreten pflegt. Wie in den mit Bewusstlosigkeit verbundenen Zuständen die schweren Delikte verübt zu werden pflegen, so wird auch zunächst der Nachweis des Bestehens beansprucht werden, wenn nicht nur ein mildernder Umstand, sondern volle Strafausschliessung in Frage kommen soll. Nicht minder schwer als der sichere Nachweis der krankhaften Störung der Geistesthätigkeit ist im Einzelfall der Betrunkenheit nachträglich der Nachweis der Bewusstlosigkeit im forensischen Sinne (d. h. also nicht der Nachweis des Auslöschens jeder geistigen Thätigkeit, sondern der Nachweis der Zustände, bei denen psychische Functionen ohne Verbindung mit dem übrigen Bewusstseinsbesitz des normalen Menschen verlaufen). Die psychischen Functionen sind dann losgelöst vom Ich-Bewusstsein. Der Handelnde stellt dann nicht mehr die ursprüngliche Persönlichkeit dar und kann daher für seine Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden.

Dass die Betrunkenheit mit solchen Bewusstseinsstörungen, von der leichtesten bis zu der schwersten vergesellschaftet ist, lehrt die Erfahrung unzweideutig und der Arzt wird sie nicht anders beurtheilen können als Bewusstseinsstörungen, die durch sonstige Ursachen, beispielsweise eine Gehirnerschütterung oder dergleichen hervorgerufen werden. Es fragt sich nur, wie der Zustand der Bewusstlosigkeit zu constatiren ist. Das Selbst-

bewusstsein ist nie eine subjective Erscheinung, wir wissen unmittelbar nur etwas von unserem eigenen Bewusstsein und schliessen auf den Stand desselben bei Anderen nur nach Analogion oder etwaigen motorischen Aeusserungen. Es giebt aber gewisse Anhaltspunkte für die Annahme, dass eine Handlung im Zustand der Bewusstlosigkeit begangen worden ist. Nicht selten spricht sich schon in dem äusseren Anschein der Handlung, ihrer völligen Zweck- und Sinnlosigkeit, dem Ignoriren der Umgebung, dem automatenhaften Charakter der Bewegungen u. s. w. die schwere Bewusstseinstrübung aus. Sehr häufig ist aber von solchen Auffälligkeiten nichts zu bemerken. Die Trunkenen verhalten sich und reagiren so, dass sehr wohl der Anschein des Ebenmässigen und Ueberlegten erweckt werden kann und die direkten Augenzeugen nicht zur Ueberzeugung der vorhandenen Bewusstlosigkeit gelangen. Die vorgefasste Meinung lässt aber auch hier die wirkliche Sachlage schwer erkennen und fast regelmässig findet man, dass Zeugen, namentlich auch beamtete, das Bestehen „sinnloser Betrunkenheit“ mit der Motivirung in Abrede stellen, der Betrunkene habe noch ganz gut laufen, zusammenhängend sprechen, die Anwesenden erkennen können und so fort. Geben in solchen Fällen die gewöhnlichen Zeugenaussagen wenig Anhalt, so ist unbestritten das wesentlichste Hilfsmittel für die Beurtheilung der Bewusstseinsverfassung in einem mehr oder weniger weit zurückliegendem Zeitraum: das Verhalten der Erinnerung, die Thatsache, dass bei irgend schweren Bewusstseinsstörungen die Erinnerung für die in diesem Zustande erlebten Vorgänge verloren geht oder stark beeinträchtigt wird, weil die psychischen Eindrücke in keine feste Verbindung mit dem Selbstbewusstsein getreten sind, deshalb nicht haften und nicht reproducirt werden können. (Hinweis auf die Analogie mit Träumen, mit Vorgängen aus der frühesten Kindheit.)

So wichtig die Prüfung der Erinnerung ist, so vorsichtig muss sie angestellt werden, zumal die Erinnerungslosigkeit (Amnesie) häufig nur eine partielle, zeitlich unterbrochene ist und ihre verschiedenen Modificationen sehr leicht irre führen können. Genaue Sachkenntniss und genügende Erfahrung ist zu solchen Untersuchungen unumgänglich; sind solche vorhanden, so wird man aber auch zum Ziel gelangen und gegebenen Falles den Nachweis völligen oder getheilten Erinnerungsdefektes erbringen und damit auch den Nachweis liefern können, dass in der fraglichen Zeitperiode die gesetzlichen Voraussetzungen der Zurechnungsfähigkeit nicht vorhanden gewesen sind: es ist aber nur bei erhaltenem Selbstbewusstsein anzunehmen, dass eine That das eigentliche Wollen der Persönlichkeit zum Ausdruck bringt. Besonders zu bemerken ist noch, dass zwar bei vielen Handlungen in bewusstlosem Zustand kein Zusammenhang mit dem früheren Gedankeninhalt nachweislich oder wahrscheinlich ist, dass das aber keineswegs nothwendig der Fall ist und nicht als entscheidendes Merkmal bewussten Handelns hingestellt werden darf.

Der ärztliche Sachverständige wird nach alledem gar nicht anders

können, als die Betrunkenheit nach denselben Kriterien zu beurtheilen wie jeden anderen psychischen Zustand und die Zurechnungsfähigkeit nach dem Grade der ermittelten Störung der Geistesthätigkeit beziehentlich der Bewusstseinsstörung zu bemessen. Nicht stichhaltig ist der Einwurf: bei der Trunkenheit gäbe es soviele Abstufungen, dass es kaum möglich sei, die Grenze zu bestimmen, von welcher ab die freie Willensbestimmung im Sinne des Gesetzes als aufgehoben anzusehen sei. Die Schwierigkeit besteht sicher, sie ergiebt sich aber auch bei anderen psychischen Krankheitszuständen; man darf nie vergessen, dass Geisteskrankheit kein absoluter Begriff ist, dass es eine scharf abzuzeichnende Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit nicht giebt und dass es sich daher immer nur um die Feststellung des überwiegenden Einflusses krankhafter Momente handelt. Ebenso lassen sich für die Erinnerungslosigkeit (Amnesie) nirgends (so auch z. B. bei der Epilepsie) absolute Maasse geben, eine quantitative Abschätzung der Störung ist bei der Beurtheilung abnormer psychischer Zustände überall unumgänglich.

Vom ärztlichen Standpunkte wird sonach bei der Beurtheilung Betrunkener und ihrer Handlungen sehr häufig entweder auf völlige Unzurechnungsfähigkeit oder auf verminderte Zurechnungsfähigkeit beziehentlich Milderungsgründe zurückzukommen sein. Wie lässt sich damit die Rücksicht auf die öffentliche Wohlfahrt verbinden? Nicht angängig ist es vom wissenschaftlichen Standpunkte, die im Rausch sich kundgebende psychische Störung principiell anders zu behandeln als die sonstigen psychischen Affectionen, — es würde beispielsweise ein nicht zu rechtfertigender Widerspruch sein, wenn einem im epileptischen Dämmerzustande Handelnden die Zurechnungsfähigkeit abgesprochen, dem in ganz gleicher Bewusstseinsstörung befindlichen Betrunkenen aber zuerkannt werden sollte. Dasselbe gilt von den Störungen der Auffassungsfähigkeit, der gemüthlichen Verfassung und so weiter.

Der ärztliche Sachverständige wird also den Rausch immer als krankhaften Zustand ansehen und daraus die Consequenzen ziehen müssen; für die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Praxis würden sich etwa folgende Wege bieten:

1. Bei offenbar nur mässiger Trunkenheit und leichten Delikten bleibt man, d. h. der Richter, bei der gegenwärtigen Praxis, ignorirt den vorhanden gewesenen Rausch, zieht den Sachverständigen überhaupt nicht hinzu und bestraft den Angeschuldigten. Es wird so wohl kaum ein Schaden angerichtet werden und die Gerechtigkeit keine erhebliche Einbusse erleiden.

2. Bei irgend schwereren Rauschzuständen und erheblicheren Delikten wird immer der ärztliche Sachverständige zu hören und sein Urtheil zu berücksichtigen sein. Man wird aber sein Augenmerk mehr als bisher darauf zu richten haben, ob nicht der Thäter, abgesehen von seiner Berauschung, ein abnormes, degenerirtes Individuum ist. Es ist ja hinreichend

bekannt, dass es viele Persönlichkeiten giebt, die sowohl intolerant gegen Alkohol sind, als auch nach seinem Genusse entschieden pathologische Rauschzustände zeigen, in denen die Reaction weit über das Mass dessen hinausgeht, was an normalen Menschen in der Betrunkenheit wahrgenommen wird, und die gerade besonders häufig strafbare Handlungen in diesem Zustande verüben. Man hat es also hier mit einem weiteren pathologischen Moment zu thun und wird demgegenüber auch von juristischer Seite weniger Anstand zu nehmen brauchen, die etwaige strafbare Handlung als krankhaft bedingt, den Thäter als Kranken zu behandeln.

3. Es wird, obwohl der Verüber einer strafbaren Handlung in Folge des Grades seiner Trunkenheit als zurechnungsfähig nicht angesehen werden kann, derselbe wegen der Trunkenheit bestraft nach Analogie des Oesterreichischen Straf-Gesetz-Buchs, in dessen § 523 es heisst: „Trunkenheit ist an Demjenigen als Uebertretung zu bestrafen, der in der Berauschung eine Handlung verübt hat, die ihm ausser diesem Zustand als Verbrechen zugerechnet würde. Die Strafe ist Arrest von 1 bis zu 3 Monaten. War dem Trunkenen aus Erfahrung bewusst, dass er in der Berauschung heftigen Gemüthsbewegungen ausgesetzt sei, so soll der Arrest verschärft, bei grösseren Uebelthaten soll bis zu 6 Monaten erkannt werden.“ Eine derartige oder ähnliche Bestimmung erschiene nicht unzweckmässig, mindestens logisch gerechtfertigt.

4. Die Frage: „Kann einer Person, die zur Zeit der Begehung einer strafbaren Handlung sinnlos betrunken war, die That aber in nüchternem Zustand beschlossen hat, diese doch zugerechnet werden?“, darf bejahend beantwortet werden, wenn der vorherige feste Entschluss zur That und die Planung derselben sicher nachgewiesen ist. Dass der Entschluss unter allen Umständen das allein massgebende Moment sei und nothwendigerweise zur That führen musste, kann allerdings nicht zuzugeben werden. Es ist ja sehr wohl möglich, das bei Nüchternheit im letzten Augenblicke noch ein anderer Entschluss gefasst worden wäre und gerade das Muthantrinken weist darauf hin, dass die Betreffenden fürchteten, im nüchternen Zustande vor der That zurückzuschrecken. Immerhin ist aber in solchen Fällen der ursächliche Zusammenhang zwischen Entschluss und That hinreichend sicher, um allenfalls über jenes Bedenken hinwegsehen zu können und der dazwischen liegenden Betrunkenheit keine massgebende Bedeutung zuschreiben zu müssen.

Diskussion: Herr Medicinalrath Bezirksarzt Dr. *Hesse* betont den Conflict zwischen der Theorie und der Praxis, die eine Bestrafung der Unthaten der Betrunkenen fordert. Die Bestrafung der Trunkenheit an sich ist ihm sympathisch.

Herr Landgerichtsdirector Dr. *Becker* hält diesen Conflict zwischen Theorie und Praxis für unlösbar. Es sei zu berücksichtigen, dass Derjenige, der ein Delict im betrunkenen Zustande begeht, in der Regel nicht

zum ersten Male in den Zustand der Trunkenheit komme, dass ihm daher die Folgen des zu starken Trinkens bekannt sein müssten.

Den Ausweg des österreichischen Straf-Gesetz-Buches, die Trunkenheit zu bestrafen, billigt Herr *Becker* nicht. Der Betreffende hat sich doch allmälig in den Zustand der Trunkenheit hineinversetzt. Die Bestrafung der Trunkenheit im Fall, dass die Voraussetzungen von § 51 Reichs-Straf-Gesetz-Buches vorliegen, verstösst gegen den Gedanken der Unzurechnungsfähigkeit.

Herr Medicinalrath Gerichtsarzt Dr. *Donau I*: Ohne gesetzliche Bestimmungen ist eine Bestrafung der Trunkenheit nur unter Verhältnissen ausführbar, u. A. wenn der Trunkene einer Disciplinargewalt unterstellt ist. Letzteres wäre möglich bei folgendem von ihm begutachteten Fall: Ein Student trinkt bei einem Kommers, bei dem er Chargirter war, viel, geht dann in ein Café, schläft ein, begiebt sich darauf auf die Strasse, zieht vor einer Milchwagenfuhre den Schläger und fuchtelt damit herum. Auf Vorwürfe begeht er Widerstand, wird verhaftet, nach Kartevorzeigen erfolgt Entlassung. Am anderen Morgen verschläft er eine Ausfahrt, an der er theilnehmen wollte, erscheint erst nachmittags am Vergnügungsort und erfährt dort erst, was er gethan hat. Ihm selbst fehlt jede Erinnerung. — § 51 lag vor.

Anders liegt die Sache bei einem folgenden Fall: Ein früher epileptischer Stuckateur, bei dem die Anfälle seit Jahren ausgesetzt hatten, trank selten, aber dann intensiv. Als er einmal stark getrunken hatte, schlief er auf der Treppe ein, wurde aufgerüttelt und schlug zu. — Verhaftung. — Erwachen in der Zelle. — Erinnerungslosigkeit. — § 51 lag ebenfalls vor. In diesem Falle besteht keine Strafbehörde; der Student in Fall 1 ist dann vom rechtlichen Standpunkte im Nachtheile gegenüber dem Arbeiter in Fall 2.

Herr Landgerichtsrath Justizrath *Meyer*: Wenn auch ein Betrunkener einem Kranken zu vergleichen ist, so braucht die constatirte Betrunkenheit im einzelnen Falle doch durchaus noch nicht so weit fortgeschritten zu sein, dass die freie Willensbestimmung ausgeschlossen, das Bewusstsein aufgehoben war. Sehr oft fragt man die Sachverständigen bei Trunkenheitsdelicten auch schon deshalb nicht, weil auch von ihnen wegen der grossen Dürftigkeit der thatsächlichen Unterlagen eine Entscheidung über den Zustand zur Zeit der Handlung nicht zu erwarten ist. Der Jurist nimmt immer das Normale an, solange kein erheblicher Anlass für Annahme des Gegentheiles gegeben ist. Gewöhnliche Erregtheit in der Trunkenheit erfüllt noch nicht die Voraussetzungen von § 51.

Die Grundlage aller Strafe ist die Schuld. Aller Strafe soll man sich enthalten, wenn keine Schuld vorliegt. Wer jedoch aus Erfahrung weiss, dass er in der Betrunkenheit, wie man zu sagen pflegt, „Dummheiten macht" und sich durch unsinniges Trinken in Trunkenheit versetzt habe, lade dann auch eine Schuld und eine Verantwortung auf sich. Wenn er

sich bei der Ausmessung der Quantität und der Wahl der Qualität ohne seine Schuld einmal irre, sei er milder zu beurtheilen. Sei die Schuld durch diese oder jene Momente gering, so müsse seine Strafe leicht sein; sei dem Betreffenden eine schwere Schuld beizumessen, so müsse er auch sein in der Trunkenheit begangenes Delict entsprechend büssen. Die österreichische Gepflogenheit empfiehlt Redner im Allgemeinen nicht.

Herr Landrichter *von Teubern*: Schwere Trunkenheit ist natürlich pathologisch und Delicte, in ihr begangen, können nicht bestraft werden. Die Bestrafung der Trunkenheit an sich, wegen Erregung öffentlichen Aergernisses, sei seiner Meinung nach, nicht von der Hand zu weisen. Vielleicht könne man durch Einführung derartiger Bestimmungen zur Einschränkung des Alkoholmissbrauches beitragen.

Herr Amtsrichter Dr. *Herrmann*: Der Schwerpunkt der Frage liegt auf der Feststellung des Ausgeschlossenseins der freien Willensbestimmung: liegt dies Moment vor, so muss Freisprechung erfolgen; liegt es nicht vor, so ist Bestrafung nöthig, denn der objective Bruch der Rechtsordnung muss gesühnt werden, wenn — wie gewöhnlich zu vermuthen — die freie Willensbestimmung durch die Trunkenheit nicht ausgeschlossen ist. In der Amtshauptmannschaft Dresden-Neustadt kann durch Verordnung die Trunkenheit bestraft werden; für glücklich hält Redner diese Bestimmung nicht, besser sei es, das Delict beziehungsweise den Thäter zu untersuchen und entweder freizusprechen oder zu bestrafen.

Herr Hofrath Dr. med. *Ganser*: Ein Ausgleich zwischen der theoretischen Erkenntniss und den Forderungen der Praxis ist fast nicht möglich, da eben jeder Rausch ein krankhafter Geisteszustand ist, diese Auffassung aber nicht im Einklang steht mit dem Volks- und Rechtsbewusstsein, das in der Trunkenheit durchaus keinen Freibrief für alle möglichen Delicte sehen will. Nur so sei es möglich, dass man verschiedene Arten von Berauschung verschieden beurtheilt, den leichten Rausch als mildernden Umstand und die schwere Betrunkenheit als Ausschliessungsgrund für jede Strafe gelten lasse. Zu berücksichtigen sei ferner, ob Jemand zum ersten Mal sich im Rauschzustand befände oder ob er sich schon wiederholt betrunken hätte. Endlich sei bei der Beurtheilung von Wichtigkeit, ob allerlei schwächende Einflüsse den Gesammtzustand potenzirten, wie fieberhafte Krankheit, Kopfverletzung, fortgesetzte Trinkexcesse u. a. m. — Die Bestrafung des Rausches ist Herrn *Ganser* sympathisch, man müsse die sittliche Verfehlung bestrafen, jedoch dürfe z. B. bei krankhaften Veranlagungen auch wegen der Trunkenheit keine Bestrafung erfolgen. Wer in Folge von wiederholter Trunkenheit, also von wiederholter Krankheit das öffentliche Recht verletzt, sei gemeingefährlich und müsse eventuell zwangsweise durch die Behörde der Behandlung zugeführt, beziehungsweise durch den Staatsanwalt entmündigt werden; es sei zu beklagen, dass Letzteres zur Zeit vom Gesetz nicht zugelassen würde.

Herr Dr. med. *Weisswange*: Dass die Trunkenheit jetzt doch mehr als Krankheit aufgefasst würde als früher, geht z. B. daraus hervor, dass in Berlin die Betrunkenen jetzt durch die Wachmannschaft nicht mehr der Polizei, sondern den Krankenhäusern zugeführt würden. Der Erfolg sei, dass in Folge dieser richtigen Behandlungsweise viele Polizeistrafen in Wegfall kämen.

Herr Hofrath Dr. med. *Ganser*: Nicht die Erkenntniss der Krankhaftigkeit des Rausches dürfte zu dieser natürlich richtigen Massregel geführt haben, sondern die Erfahrung, das der Alkoholrausch zuweilen sehr schwer von allerlei gefährlichen Zuständen (z. B. bei Epileptikern) zu trennen sei. (Forts. in der 70. Sitzung.)

69. Sitzung am 19. December 1901.

Krankenvorstellung des Herrn Dr. *Stegmann*: Ein ungewöhnlicher Fall von hysterischem Dämmerzustand.

Die im Jahre 1869 geborene Patientin befindet sich seit dem 17. October 1901 im Stadtirrenhause zu Dresden. Sie kam hierher aus der Haft, nachdem sie am 15. October wegen Unterschlagung einkassirter Gelder verhaftet worden war und im Gefängniss Zeichen von Geistesstörung dargeboten hatte. Aus der Vorgeschichte ist bemerkenswerth, dass Patientin, die aus Böhmen stammt, erblich belastet ist; sie selbst leidet seit dem 12. Lebensjahre an Hysterie, die sich in Form von Krampfanfällen und Erregungszuständen äusserte. Im Jahre 1896 verletzte sie während eines solchen Erregungszustandes ihre Dienstherrin in gefährlicher Weise und wurde darnach in eine böhmische Irrenanstalt überführt, wo sie fünf Jahre lang verblieb, und von wo sie im Frühjahr 1901 als genesen entlassen wurde. Sie trat dann in Dienst bei einem Milchhändler, für den sie Milch auszutragen und das Geld hierfür einzunehmen hatte. Nachdem sie dies anfangs ordentlich und redlich besorgt hatte, begann sie später, systematisch Gelder zu unterschlagen und verstand es, ihren Dienstherrn durch ziemlich complicirte Rechnungen über die wirkliche Höhe ihrer Einnahmen zu täuschen. Die Dienstherrschaft hat niemals Zeichen geistiger Störung an ihr wahrgenommen; es stellte sich aber heraus, dass Patientin über ihre eigene Person eine Menge unwahre Angaben gemacht und es verstanden hat, ihrer Dienstherrschaft die abenteuerlichsten Dinge glaubhaft zu machen.

Bei der Aufnahme in die Anstalt bekam die Kranke einen hysterischen Krampfanfall. Sie zeigte dann vielfach wechselndes Verhalten, bis sie gegen Ende November in einen eigenartigen Zustand verfiel, in dem sie sich zur Zeit noch befindet.

Die Kranke zeigt einen traumhaften Gesichtsausdruck, versteht die an sie gestellten Fragen richtig, beachtet auch ihre Umgebung und begrüsst die Anwesenden. Sich selbst überlassen, versinkt sie jedoch alsbald in einen schlafähnlichen Zustand, hält die Augen geschlossen oder ins Leere gerichtet, bewegt in einförmiger Weise die Hand vor dem Gesicht auf und

ab, dazu leise in ideenflüchtiger Weise vor sich hinschwatzend. Die Prüfung der Orientirtheit nach dem *Sommer*'schen Schema ergiebt, dass sie weder zeitlich noch örtlich orientirt ist und in der absonderlichsten und unsinnigsten Weise auf Fragen nach ihrer eigenen Person und nach ihrer Umgebung antwortet. So nennt sie sich einmal „Königin von Indien", gleich darauf „russische Kaiserin" oder die „Stumme von Portici", den Arzt nennt sie „mein goldener Napoleon" u. s. f. Dabei producirt sie bunt durcheinander Erinnerungen an wirkliche Erlebnisse und phantastische Erfindungen, dabei immer mehr in einen eigenthümlichen singenden Ton verfallend und vom Gegenstand der Frage abschweifend. Auf Anruf fährt sie dann stets wie aus dem Schlaf erwachend auf, blickt den Arzt erstaunt an, befolgt etwaige Befehle, verfällt aber sofort wieder in ihr monotones Geplauder. Sie zählt auf entsprechenden Befehl von 1—10, jedoch nicht darüber hinaus, wiederholt vielmehr diese Zahlen französisch und czechisch. Wochentage und Monatsnamen nennt sie zunächst czechisch, dann deutsch; das Alphabet vermag sie nicht aufzusagen, die einfachsten Rechenaufgaben rechnet sie falsch oder gar nicht. Münzen bezeichnet sie mit den entsprechenden österreichischen Werthen.

Die Schmerzempfindlichkeit ist stellenweise erhalten, an anderen Stellen aufgehoben oder herabgesetzt; Würg- und Gaumenreflex fehlen, der Conjunctivalreflex ist erhalten.

In den phantastischen Erlebnissen, über die Patientin während ihres Traumzustandes berichtet, herrscht ein gewisser, wenn auch lockerer Zusammenhang, und sie verarbeitet einen Theil der auf sie wirkenden Eindrücke im Sinne ihrer Traumvorstellungen. Besonders erscheint bemerkenswerth die Lebhaftigkeit ihrer Affecte und die Gleichmässigkeit, mit der sie zu allen Zeiten gegen bestimmte Personen Zu- oder Abneigung äussert, während sie ihnen fast täglich andere Namen und Charaktere beilegt.

Sie ist im Hinblick auf die schwere Veränderung ihrer ganzen Persönlichkeit auch für die anscheinend freie Zeit, während welcher sie die strafbaren Handlungen beging, als krank zu bezeichnen und es muss ärztlicherseits dafür gewirkt werden, dass ihr daher der Schutz des § 51 zugebilligt werde.

Diskussion: Herr Hofrath Dr. med. *Ganser* macht auf das Wechselnde im Zustand der Patientin aufmerksam. Sich selbst überlassen, hat sie ein getrübtes Bewusstsein, beim Anreden erwacht sie und lässt zu manchen Zeiten erst bei genauerem Inquiriren ihre Desorientirtheit erkennen. Daran, dass die Patientin während ihres Anstaltsaufenthaltes krank sei, könne kein Zweifel bestehen. Wesentlich schwerer sei aber ihr Zustand für die anfallsfreie Zeit zu beurtheilen.

Herr Oberarzt Dr. *Ilberg I*-Sonnenstein konnte ganz ähnlich sich entwickelnde Zustände bei einer Hysterischen beobachten, bei der keinerlei

Conflict mit dem Strafgesetz vorlag und erlebte kürzlich einen ganz plötzlich ausbrechenden und viele Monate anhaltenden Anfall von hysterischem Stupor unmittelbar nach der Verhaftung bei einem bisher nur an seltenen Anfällen leidenden, in nichts auffallenden Delinquenten. Alle solche schweren Zustände von hysterischem Irresein, mögen sie sich plötzlich oder allmählich entwickeln, sprechen für ein auch in der anfallsfreien Zeit mehr oder weniger krankes Gehirn, das niemals voll zurechnungsfähig sei. Könne nachgewiesen werden, dass die der vorgestellten Patientin zur Last gelegten Strafthaten im Vorstadium eines neuen Anfalles ausgeführt worden seien, so sei ärztlicherseits natürlich für volle Straffreiheit zu plaidiren; zu entsprechender Feststellung könne eventuell die Betrachtung der Schrift bei den betrügerischen Einträgen in die Bücher führen. Diese Schrift müsse verglichen werden mit der Schrift in der anfallsfreien und in der Anfallszeit; bei manchen Hysterischen ändere sich die Schrift schon im Vorstadium des Anfalles. Sollte der Nachweis, dass die betreffenden Delicte im Anfall ausgeführt wurden, nicht erbracht werden können, so wäre immer noch möglich, dass Patientin auch in der anfallsfreien Zeit chronisch hysterisch irre wäre. Ob eine an so schweren psychischen Anfällen leidende Hysterische überhaupt haftfähig sei, sei übrigens sehr zweifelhaft.

Herr Geh. Med.-Rath Dr. *Weber*-Sonnenstein geht auf die krankhaften Lügen der Hysterischen ein, die aus dem Wunsche Interesse zu erregen, aus der Lust, Leute zu düpiren und in Spannung zu erhalten, hervorgeht.

Auf eine Anfrage von Herrn Assessor Dr. *Ilberg II*, ob das gelegentliche rasche Uebergehen vom traumhaften Zustand in Klarheit, was bei der Vorstellung an der Kranken zu bemerken war, und die einzelnen ganz kritischen und witzigen Bemerkungen derselben nicht doch wenigstens den Gedanken an Simulation aufkommen lassen müssten, antwortet Herr Dr. *Stegmann*, dass die Kranke zwar gelegentlich besser aufpasse, wenn sich ihr Interesse auf irgend etwas mehr concentrire, dass sie dabei jedoch gleichzeitig allerlei Anderes übersehe. Er halte es für unmöglich, dass jemand einen solchen Zustand nachmache. — An der Schrift hat Herr Dr. *Stegmann* bei den betrügerischen Einträgen in die Bücher keine Aenderung bemerkt, in der Zeit des ausgesprochenen Dämmerzustandes, jedoch sei die Schrift verändert.

Zum Schluss macht Herr Hofrath Dr. med. *Ganser* noch einige Bemerkungen über die Gefährlichkeit mancher Hysterischen, die in Folge ihrer Lügenhaftigkeit und in ihren lebhaften Affecten Anderen und auch sich selbst schwere Nachtheile bringen können; einer ihm bekannten hysterischen jungen Dame ist es z. B. ein Leichtes, sich selbst durch Erzählung absolut unwahrer Thatsachen schwer zu compromittiren.

70. Sitzung am 30. Januar 1902.

Herr Rechtsanwalt Dr. *Klöckner*-Dresden: Ueber die Zurechnungsfähigkeit für Delicte, die im Rausch begangen worden sind. (Juristisches Correferat zum in der 68. Sitzung gehaltenen Vortrag des Herrn Geheimrath Dr. *Weber*.)

Die Trunkenheit ist ein krankhafter psychischer Zustand, eine Vergiftungserscheinung, die die freie Willensbestimmung mehr oder weniger beschränkt in ihren höheren Graden vollständig aufhebt. Das ist ein auch für den Juristen feststehendes Ergebniss der medicinischen Wissenschaft. Fraglich ist nur, wie dieses Ergebniss bei der Rechtsprechung zu verwerthen ist. Hierüber zu entscheiden ist nicht Sache des Arztes, sondern des Richters, unterstützt von der Rechtswissenschaft.

Dazu ist zunächst erforderlich, sich über Wesen und Zweck der Strafe klar zu werden. Letztere hat eine dreifache Bedeutung:

1. Ahndung der gegen die Rechtsordnung gerichteten objectiven That,

2. Bestrafung des sich in dieser offenbarenden verbrecherischen Willens,

3. Abhaltung des Thäters von ferneren Verletzungen der Rechtsordnung, Besserung oder Unschädlichmachung, Abschreckung Dritter von gleichem Handeln.

Der verbrecherische Wille an sich ist nicht erreichbar, er muss bereits begonnen haben, sich in die That umzusetzen. Andererseits wäre die Bestrafung eines objectiven Erfolges ungerecht, wenn er nicht durch einen schuldhaften Willen herbeigeführt wurde. Eine gewisse Besonderheit bilden die Fahrlässigkeitsdelicte. Im Allgemeinen gilt, die Bestrafung der objectiven That ist bedingt durch das Vorhandensein eines auf Begehung der That gerichteten schuldhaften Willens. Die Höhe der im Gesetz bestimmten Strafe ist regelmässig bedingt durch den Werth des angegriffenen Rechtsgutes für die im Staate verkörperte Gesammtheit der Rechtsgenossen. Der vom Gesetz gegebene Strafrahmen ermöglicht eine Berücksichtigung der Schwere der That in objectiver und subjectiver Beziehung. In einzelnen Fällen, bei denen die Schwere der Strafe vielfach mit dem geringeren Verschulden nicht im Einklang stehen würde, ist besonders ausgesprochen, dass, falls mildernde Umstände vorhanden sind, auf eine geringere Strafe als die regelmässsige zu erkennen ist.

Der Richter wird und muss zunächst davon ausgehen, dass die seiner Urtheilsfällung unterliegende That unter normalen Verhältnissen begangen wurde. Da jedoch bereits durch leichtere Grade der Trunkenheit das Seelenleben beeinflusst, der Mensch geneigt wird, seinem Antrieb freien Spielraum zu gewähren, so wird der Richter grundsätzlich in allen Fällen einer nachweislichen Trunkenheit, auch wenn sie sich im Zustande des Angetrunkenseins hielt, zu erwägen haben, ob sie mitbestimmend auf das Handeln des Thäters eingewirkt hat. Kommt er zu diesem Er-

gebniss, so wird er auch die leichtere Trunkenheit bei der Strafzumessung grundsätzlich als strafmildernd verwerthen müssen.

Mancherlei aber steht der Anwendung dieses theoretisch als richtig Erkannten in der Praxis entgegen. Einmal die ganz allgemein vorhandene Schwierigkeit, bei der Strafzumessung auch der subjectiven Seite der That wirklich gerecht zu werden. Zumeist, insbesondere bei den leichteren Delicten, fehlt es dem Richter schon an der Zeit und sonst an der Füglichkeit, dem Seelenleben des Thäters nachzugehen und seine Willensregungen zu verfolgen. Etwas günstiger liegt die Sache bei den schweren Vergehungen, da hier zumeist eine sorgfältige Behandlung stattfindet und auch stattfinden kann. Vielfach wird es aber auch hier dem Richter an der erforderlichen Menschenkenntniss und Lebenserfahrung fehlen.

Auf die Schwierigkeit, den Grad des Angetrunkenseins nachzuweisen, wird noch zurückzukommen sein.

Endlich die allgemeine Verbreitung des Alkoholgenusses und die dadurch bedingte Häufigkeit im Zustande des Rausches begangener strafbarer Handlungen. Aus diesem Grunde entspricht es nicht nur der Rechtsanschauung des Volkes, sondern es ist im Interesse der staatlichen Rechtsordnung unbedingt erforderlich, die leichteren Grade der Trunkenheit bei strafbaren Handlungen anders zu behandeln als andere Vergiftungserscheinungen. Eine ganze Reihe von Vergehungen, so eine grosse Anzahl von Uebertretungen, dann Widerstand gegen die Staatsgewalt, Beamtenbeleidigung, Beleidigungen überhaupt, ferner Körperverletzung, Sachbeschädigung, Nothzucht, überhaupt Sittlichkeitsverbrechen werden in der Mehrzahl oder doch sehr häufig unter dem Einfluss des Alkohols verübt, ebenso eine grosse Anzahl anderer Strafthaten. Wollte man hier grosses Gewicht auf etwa vorhanden gewesene Angetrunkenheit des Thäters legen, so würde man damit einen förmlichen Freibrief für solche strafbare Handlungen ertheilen. Das gilt allerdings weniger für den gebildeten Menschen, der in Folge Erziehung und Gewöhnung auch in der Trunkenheit regelmässig ein höheres Mass von Selbstbeherrschung besitzt, wohl aber für den Angehörigen der unteren Gesellschaftsschichten, der schon an sich geneigt ist, sich gehen zu lassen, wenn er nicht durch äusseren Zwang zurückgehalten wird. Weiss er, dass in der Trunkenheit begangene Handlungen ihn keiner oder nur einer verhältnissmässig geringen Strafe aussetzen, so wird er sich sehr bald in der Trunkenheit seinen augenblicklichen Antrieben schrankenlos hingeben. Dem muss unter allen Umständen vorgebeugt werden. Der Richter darf auch das soziale Moment der Strafe nicht ausser Acht lassen.

Dazu kommt, dass der Thäter sich regelmässig selbst in den Trunkenheitszustand versetzt hat und dass ihm schon um deswillen ein gewisses Verschulden zuzuschreiben ist, insbesondere dann, wenn er bereits in einem solchen Zustande Strafthaten begangen hat. Auch hat er selbst zumeist durchaus nicht das Empfinden, dass die Trunkenheit sein Handeln

entschuldige. Etwas anders liegt es bei den schwereren Graden der Trunkenheit, bei denen jedoch das Selbstbewusstsein und die freie Willensbestimmung noch nicht verloren gegangen ist. Hier ist der Nachweis der Trunkenheit ein leichterer. Hier wird sich vielfach auch besser beurtheilen lassen, ob und inwieweit sie mitbestimmend auf die Vornahme der Handlung eingewirkt hat. Im Allgemeinen gilt aber auch hier das oben Gesagte.

In allen Fällen wird der Richter jedoch der Trunkenheit eine weitgehendere Berücksichtigung dann einräumen dürfen und müssen, wenn die durch die Schwere der Handlung bedingte Strafe ohne diese Berücksichtigung ausser Verhältniss zu dem schuldhaften Willen des Thäters stehen würde, insbesondere also dann, wenn sich ergiebt, dass der an sich zu verbrecherischen Handlungen nicht geneigte Thäter lediglich oder doch in der Hauptsache durch den Einfluss alkoholischer Getränke zur That hingerissen worden ist.

Zu bemerken ist, dass in fast allen unseren Strafurtheilen die festgestellte Trunkenheit auch in ihren leichteren Graden als strafmildernd berücksichtigt wird, indessen, wenigstens bei den leichteren Delikten, in der Hauptsache wohl nur auf dem Papier, d. h. der Thäter würde mit einer schwereren Strafe auch dann nicht belegt worden sein, wenn er bei Begehung der That nicht angetrunken gewesen wäre. Das Gericht wird bei leichteren Vergehungen stets geneigt sein, die Handlung mehr nach ihrer objectiven Seite hin zu beurtheilen.

Das Militärstrafgesetzbuch bleibt grundsätzlich ausser Betracht. Dort bildet die selbstverschuldete Trunkenheit bei strafbaren Handlungen gegen die Pflicht der militärischen Unterordnung, sowie bei allen in Ausübung des Dienstes begangenen Handlungen keinen Strafmilderungsgrund. Auch begeht eine selbständige strafbare Handlung, wer sich im Dienst oder, nachdem er zum Dienst befehligt worden ist, durch Trunkenheit zur Ausübung seiner Dienstverrichtung untauglich macht. Diese Bestimmungen sind getroffen worden und mussten getroffen werden im Interesse des Dienstes und der Disciplin, also von Gesichtspunkten aus, für die im Strafrecht kein Raum ist.

Wird festgestellt, dass der Thäter sich bei Begehung der That in einem Zustande der Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, so liegt nach § 51 des Strafgesetzbuches eine strafbare Handlung nicht vor. Es muss deshalb auf Freisprechung erkannt werden, falls es überhaupt zur Eröffnung des Hauptverfahrens kommt. Das gilt für die Trunkenheit ebensogut, wie für alle anderen Fälle mangelnder Zurechnungsfähigkeit. Hier giebt es kein richterliches Ermessen.

Die Hauptschwierigkeit liegt überall in der Beweisfrage. Bei den leichteren Vergehungen wird der Richter regelmässig schon aus Mangel an Zeit und an Kenntniss von dem äusseren und inneren Leben des Thäters

nicht in der Lage sein, festzustellen, welchen Einfluss die vorhandene Trunkenheit auf den Entschluss zur That gehabt hat. Wie bereits ausgeführt, müssten derartige Feststellungen, auch selbst wenn sie getroffen werden könnten, auf das Strafmass mehr oder weniger einflusslos bleiben. Der Richter würde erst dann näher auf diese Frage einzugehen haben, wenn schwerwiegende Anzeichen dafür vorliegen, dass die Voraussetzungen des § 51 des Strafgesetzbuches gegeben sind. Anders nur dann, wenn die Schwere der Strafe im Falle eines grösseren Einflusses der Trunkenheit ausser Verhältniss zu dem subjectiven Verschulden stehen würde. Das kann allerdings je nach den persönlichen Verhältnissen des Thäters auch schon bei leichteren Vergehungen der Fall sein.

Hier wird der Richter, soweit möglich, Beweis erheben müssen über das sonstige Vorleben des Thäters, insbesondere, ob Thatsachen zu ermitteln sind, die einen Schluss auf seine Gesinnung zulassen: wie sich das Verhalten des Thäters von seinem Verhalten im nüchternen Zustande unterschied; wieviel Mengen Alkohol er zu sich genommen hatte; wie sonst grössere Mengen Alkohol auf ihn eingewirkt haben; ob er, auch abgesehen von der Berauschung, ein abnormes, degenerirtes Individuum ist, dessen Selbstbeherrschung schon an sich mehr oder weniger geschwächt ist. Der Richter wird dabei vielfach, in schwereren Fällen regelmässig, die Hilfe des Arztes als Sachverständigen nicht entbehren können. Immer aber wird der Sachverständige wie der Richter mit der Unzuverlässigkeit des vorliegenden Materials zu rechnen haben. Insbesondere die Zeugenaussagen geben regelmässig keine Schilderung des objectiven Lebensvorganges, sondern nur Eindrücke, die der Zeuge subjectiv gewonnen hat, von deren objectiver Natur er aber zumeist überzeugt ist. Auch kann nicht verkannt werden, dass die Sachverständigen vielfach geneigt sind, den Inhalt der Akten wie die Zeugenaussagen als objectiv wahr anzusehen und darauf ihr Urtheil zu gründen.

Den meisten Schwierigkeiten begegnet die Feststellung des Grades der Trunkenheit in den Fällen, bei denen die Anwendung des § 51 des Straf-Gesetz-Buchs in Frage kommt. Hier wird der Richter den Sachverständigen nur dann nicht hinzuzuziehen brauchen, wenn er auf Grund des Beweismaterials bereits die Ueberzeugung gewonnen hat, dass der § 51 einschlägt. Bindend kann das Urtheil der Sachverständigen niemals sein, da unbedingt sichere Feststellungen schon mit Rücksicht auf das zumeist geringe Beweismaterial nur in den seltensten Fällen möglich sein werden. Sind doch auch die Uebergangszustände, in denen die freie Willensbestimmung, wenn auch in schwächerem Grade, so doch noch vorhanden ist, in ihren Erscheinungsformen kaum von der Volltrunkenheit zu unterscheiden; nicht einmal der Mangel an Erinnerung, die Amnesie, bildet ein sicheres Kriterium. Sie ist auch denkbar, obwohl der Thäter bei Selbstbewusstsein handelte. Ueberdies ist sie festzustellen fast ausschliesslich auf Grund der späteren Angaben und des späteren Verhaltens des Thäters. Erfahrungsgemäss aber

beruft sich die Mehrzahl der wegen im Rausche begangener Delikte Angeklagten darauf, dass sie sich des Vorfalles überhaupt nicht mehr zu entsinnen vermögen, da sie sinnlos betrunken gewesen seien. Vielfach allerdings verräth sich der Thäter dadurch, dass er sich nur einzelner ihm nachtheiliger Vorgänge nicht entsinnen will, während er sich des vorher und nachher Geschehenen erinnert. Es sind aber auch Fälle denkbar, bei denen nur gerade in der Zwischenzeit das Selbstbewusstsein fehlte. Ein weiteres Anzeichen dafür, mit welcher Vorsicht derartige Angaben des Thäters aufzunehmen sind, liegt darin, dass der Thäter sich auch bei der Möglichkeit einer Berufung regelmässig bei der Verurtheilung in erster Instanz beruhigt.

Dazu kommt, dass der Sachverständige als solcher — das gilt nicht nur für den Arzt sondern ganz allgemein, da es eine Eigenschaft des Menschen überhaupt ist — dazu neigt, nicht die Thatsachen als solche auf sich wirken zu lassen und das so gewonnene Ergebniss einer kritischen Beurtheilung zu unterziehen, sondern von vornherein seine theoretischen Anschauungen in die Thatsachen hineinzutragen, sodass er ausser Stand gesetzt wird, sie wirklich unbefangen zu prüfen. Es braucht dabei nur auf die, auch abgesehen von Abweichungen in den wissenschaftlichen Ansichten, vielfach weit auseinandergehenden Gutachten mehrerer Sachverständiger in so unendlich viel Fällen hingewiesen zu werden. Der Richter wird deshalb u. A. nicht nur berechtigt sondern sogar verpflichtet sein, auf Grund des vorliegenden Materials und der ihm durch die Sachverständigen vermittelten technischen Kenntnisse entgegen dem Gutachten der Sachverständigen zu entscheiden.

Stets wird der Richter die beim Thäter etwa vorhandene psychische Minderwerthigkeit zu berücksichtigen haben, sei es, dass sie als alkoholische Degeneration oder in anderer Form auftritt.

Hier muss immer damit gerechnet werden, dass der Thäter zwar noch Selbstbewusstsein besass, dass es ihm aber schon unter dem Einfluss geringerer Mengen Alkohols unmöglich war, dem verbrecherischen Antriebe zu widerstehen. Es wird also häufig die freie Willensbestimmung ausgeschlossen oder zum mindesten eine stark geminderte Zurechnungsfähigkeit vorhanden sein. Leider wird der Richter in den leichteren Fällen aus den früher angegebenen Gründen zumeist nicht im Stande sein, diesen Verhältnissen ausreichend Rechnung zu tragen, insbesondere nicht bei dem heutigen Stande der staatlichen Fürsorge für derartige Unglückliche.

Nach alledem muss es als ausgeschlossen angesehen werden, dem Richter bindende Vorschriften zu machen. Er wird nichts anderes thun können, als an der Hand der entwickelten Grundsätze im einzelnen Falle nach seiner freien richterlichen Ueberzeugung zu befinden. Das geschieht denn auch heute bereits in der Hauptsache, sodass wirkliche Unzuträglichkeiten nur noch selten vorkommen werden. Die Militärjustiz bleibt dabei stets ausser Betracht, da die militärischen Laienrichter immer geneigt sein

werden, die Interessen der Disciplin und des Dienstes mit der Strafrechtspflege zu identificiren, wie z. B. im Mörchinger Fall.

Es ist nun die Frage zu erörtern, ob es sich empfiehlt, das heute geltende Strafrecht im Hinblick auf die Trunkenheit zu ergänzen.

a) Zunächst Bestrafung der Trunkenheit überhaupt. Eine derartige Massregel würde einen Bruch mit dem Grundsatze des Rechtes der freien Selbstbestimmung bedeuten, das soweit besteht, als dadurch nicht die berechtigten Interessen Anderer verletzt werden. Zudem würde eine solche Massregel praktisch mehr oder weniger undurchführbar sein, in jedem Falle aber die bedenklichsten Folgen nach sich ziehen. Hierauf braucht kaum näher eingegangen zu werden. Es kann sich also nur darum handeln, die Trunkenheit zu bestrafen, sobald sie in der Oeffentlichkeit störend hervortritt. Die schwereren Fälle werden meist bereits durch vorhandene Paragraphen des Strafgesetzbuches getroffen werden, so insbesondere den Paragraphen über den groben Unfug. Zu bestrafen würde ganz allgemein sein, wer durch selbstverschuldete Trunkenheit öffentlich Anstoss giebt, ein Aergerniss erregt. Strafe: Geld- oder entsprechende Haftstrafe.

Man wird vielfach geneigt sein, einer solchen Bestrafung eine erzieherische Wirkung beizumessen. Das dürfte nicht richtig sein. Wer überhaupt oder im einzelnen Falle Lust zum Trinken hat, wird sich durch eine solche Bestrafung nicht abhalten lassen. Höchstens dürfte sie geneigt sein, das heimliche Trinken, das Trinken in der Häuslichkeit, zu vermehren. Eine höchst gefährliche Folge. Wer sich gewöhnt hat, zu Hause mehr zu trinken, verfällt erfahrungsgemäss zumeist unrettbar der Trunksucht, schon weil er stets Gelegenheit hat, der beginnenden Neigung nachzugeben. In einer Reihe von Staaten der nordamerikanischen Union hat man das geeignete Mittel zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauches darin zu finden geglaubt, dass man die Verabreichung alkoholischer Getränke, ausser als Medicin, bei Strafe verboten hat. Man hat die Trunksucht damit nur gefördert, weil man sie in das Haus gedrängt hat.

Auch ein soziales Moment kommt hier in Betracht. Von einer solchen Bestrafung der Trunkenheit würden fast ausschliesslich die Angehörigen der niederen Volkskreise getroffen werden. Weniger vielleicht weil bei ihnen die Trunksucht in viel höherem Masse vorkommt, als vielmehr weil die Angehörigen der höheren Kreise eher in der Lage sind, sich in einem etwa vorhandenen trunkenen Zustande dem Anblick der Oeffentlichkeit zu entziehen. Der Unbemittelte kann das nicht, er muss zu Fuss nach Hause gehen. Deshalb die grosse Entrüstung insbesondere in Arbeiterkreisen, als früher einmal Neigung vorhanden war, die Trunkenheit auf diesem Wege zu bekämpfen. Allerdings wurde dabei zu Unrecht geltend gemacht, dass eine solche Bestrafung Klassenjustiz bedeuten würde, aber dem Bewusstsein dieser Volkskreise musste sie als solche erscheinen. Derartiges muss unter allen Umständen vermieden werden.

b) Schwieriger ist die Frage, ob eine Bestrafung eintreten soll, wenn die an sich eine strafbare Handlung darstellende That wegen der durch übermässigen Alkoholgenuss verursachten Unzurechnungsfähigkeit des Thäters sonst strafrechtlich nicht verfolgt werden könnte. Ein Widerspruch gegen § 51 des Strafgesetzbuches würde nicht unter allen Umständen in einer solchen Massnahme zu finden sein. Sie würde auch als eine Ergänzung dieses Paragraphen gefasst werden können. Die Bestrafung würde einzutreten haben, nicht weil dem Handelnden die That als solche zur Schuld zuzurechnen ist, sondern weil Jeder, der sich auch nur im einzelnen Falle dem Alkoholgenuss hingiebt, damit rechnen muss, dass er dadurch in den Zustand der Unzurechnungsfähigkeit gerathen und in diesem Handlungen begehen kann, die ihn an sich in Conflikt mit den Strafgesetzen bringen müssten. Man würde also auf ein Verschulden im Sinne von Fahrlässigkeit zukommen müssen. Dieser Vorschlag scheint zunächst Manches für sich zu haben. Dagegen spricht vor Allem, dass der sich Betrinkende zumeist gar nicht damit rechnet, dass er sich betrinken könne, sondern dass dieser Zustand sich nach und nach ergiebt, ohne dass der Trinker sich dessen recht bewusst wird. Auch werden vielfach besondere Umstände, körperliche Indispositionen, gemüthliche Erregungen und Anderes mehr mitwirken, deren der Trinker sich selbst nicht bewusst ist, sodass er sie auch nicht berücksichtigen konnte, — Alles Umstände, die späterhin fast nie festzustellen sein werden. Wollte man sich aber mit der blossen Thatsache begnügen, dass Jemand im Zustande einer annehmbar selbst verschuldeten Trunkenheit eine an sich strafbare Handlung begangen hat, so würde man allerdings mit dem Grundsatze brechen, dass ohne Verschulden eine Strafe nicht eintreten kann. Damit würde man den ersten Grundsatz jeder Strafrechtspflege erschüttern. Es giebt allerdings gewisse Delikte, bei denen ein Verschulden nicht Voraussetzung der Strafe ist. Doch handelt es sich dabei nur um im finanziellen Interesse getroffene Zoll- und steuerpolitische Massnahmen.

Erwähnt werden mag dabei, dass unter Umständen bereits nach dem bestehenden Strafrechte eine Bestrafung des Thäters wegen fahrlässigen Vergehens erfolgen könnte, soweit ein solches im Strafgesetzbuche vorgesehen ist. Sonst bleibt der Thäter nach dem jetzigen Rechte unter allen Umständen straflos.

Es könnte sich also nur um eine Bestimmung des Inhaltes handeln, dass bestraft wird, wer in einem Zustande selbstverschuldeter Trunkenheit eine strafbare Handlung begeht, nachdem er bereits in einem solchen Zustande eine gleiche oder ähnliche That begangen hat und sich bewusst sein muss, dass er in diesem Zustande zur Begehung solcher Handlungen neigt. Die Schwierigkeiten, die sich der praktischen Durchführung einer solchen Bestimmung entgegenstellen müssen, liegen klar zu Tage. Es wird deshalb keiner weiteren Ausführung bedürfen, ihre Unzweckmässigkeit darzuthun.

Auszuscheiden ist natürlich der Fall, dass der Thäter sich selbst in den Zustand der Trunkenheit versetzt hat, um darin die That zu begehen. Sei es, dass er sich Muth antrinken wollte, sei es, dass er sich durch die Unzurechnungsfähigkeit der Strafe entziehen wollte. Hier bedient sich der Thäter der Trunkenheit als Mittel zum Erfolge und ist regelmässig so zu bestrafen, als ob er auch im entscheidenden Momente zurechnungsfähig gewesen wäre. Das steht mit dem Inhalte des § 51 nicht im Widerspruch und ist sowohl in Theorie wie in Praxis, man kann wohl sagen allgemein, anerkannt.

Es gewinnt überhaupt den Anschein, als ob man, wenigstens in den Kreisen der Nichtjuristen, geneigt wäre, die gegen den Alkoholmissbrauch gerichteten Bestrebungen auf das Gebiet des Strafrechtes zu übertragen und aus diesem Gesichtspunkte heraus die Einführung neuer Strafbestimmungen anzustreben. Das heisst das Wesen und die Grenzen des Strafrechtes verkennen. Eine Abminderung des Alkoholmissbrauches kann wohl ein wünschenswerther Erfolg strafrechtlicher Bestimmungen sein, niemals aber ihr Zweck. Die Bekämpfung des Alkoholmissbrauches gehört vielmehr in das Gebiet der freiwilligen Gerichtsbarkeit, der Verwaltungsrechtspflege und der privaten Thätigkeit. Hier könnte allerdings noch Vieles oder fast Alles geschehen. Solange aber die heutigen Anschauungen vorhanden sind, solange nicht die Allgemeinheit als solche von dem Wesen der Trunkenheit als Krankheitserscheinung überzeugt ist und insbesondere nicht gelernt hat, die Trunkenheit wie jede andere Krankheit zu meiden und in dem Sichbetrinken etwas Unehrenhaftes zu erblicken, solange muss es als ausgeschlossen angesehen werden, mit strafrechtlichen Bestimmungen auf diesem Gebiete vorzugehen.

Diskussion: Herr Amtsrichter Dr. *Herrmann* will auf die Betrunkenheit nicht so sehr viel Gewicht gelegt wissen, weil er fürchtet, dass durch zu grosse Berücksichtigung der Betrunkenheit das Rechtsbewusstsein im Volke erschüttert wird.

Herr Staatsanwalt Dr. *Boehme* hat die Erfahrung gemacht, dass sich Viele für die Zeit des von ihnen verübten Verbrechens für betrunken ausgeben, die es thatsächlich nicht waren.

Herr Landgerichtsrath Justizrath *Meyer* erkennt die Richtigkeit der *Weber*'schen Qualificirung der Betrunkenheit als krankhaften Zustand an. Er hält für nothwendig, dass Verbrecher, die der Betrunkenheit bei der That verdächtig und sogleich verhaftet sind, sobald als möglich einem Arzt vorgestellt werden. Bei Volltrunkenheit solle Straflosigkeit, bei Angetrunkenheit Strafmilderung eintreten. Er hebt aber auch hervor, dass das öffentliche Wohl mit in Rechnung gezogen werden müsse, insofern nicht die Meinung aufkommen dürfe, man brauche nur zu trinken, um nicht oder nur ganz milde bestraft zu werden.

Herr Geheimrath Dr. *Weber*-Sonnenstein bestreitet, dass die ärztlichen Sachverständigen den Zeugenaussagen zu viel Bedeutung beimässen, er wenigstens lege viel mehr Werth auf die Untersuchung und die Angaben des Angeschuldigten. — *Weber* wünscht, dass die Anschauung des Volkes nach und nach dahin käme, den Rausch als einen krankhaften Zustand anzusehen. Ob die Grenze der Gesundheit überschritten sei und Krankheit vorliege, sei im einzelnen Falle schwer zu unterscheiden, immerhin könnte das der Arzt besser beurtheilen als der Richter. Es handelt sich in der Betrunkenheit immer um anormale Geistesthätigkeit und auch in den Fällen, wo die freie Willensbestimmung nicht als ausgeschlossen gelten könne, seien krankhafte Motive mit normalen gemischt. In praxi würden den Angetrunkenen aber im Allgemeinen mildernde Umstände zur Zeit nicht gewährt. Die Bestrafung der Trunkenheit an sich ist dem Redner — von unverschuldeten Fällen abgesehen — nicht unsympathisch.

Herr Hofrath Dr. *Ganser* konstatirt den grossen Widerspruch zwischen der wissenschaftlichen Theorie, die zugiebt, dass der Rausch etwas Krankhaftes ist, und der Praxis, die dem gegenwärtig noch falschen Rechtsbewusstsein des Volkes und der Häufigkeit der alkoholischen Delikte zu Liebe nach wie vor besonders die grosse Zahl der leichten Vergehen bestraft. Durch das immer und immer wiederholte Bestrafen von grobem Unfug, Widerstand, Betteln, Beamtenbeleidigung und Hausfriedensbruch in der Betrunkenheit werde Niemandem genützt. Aber bedauerlicherweise würde die Behandlung dieser Fälle fast regelmässig versäumt. Würden die Betreffenden nicht bestraft, so würde man seiner Meinung nach nach und nach das Rechtsbewusstsein des Volkes verfeinern, das Volk würde lernen, dass der Rausch etwas Krankhaftes sei und würde den Alkoholmissbrauch ebenso wie alles Andere, was zu Krankheit führt, mehr meiden.

Herr Amtsrichter Dr. *Herrmann*: Wenn es einmal Anstalten geben wird, in denen eine entsprechende Behandlung durchgeführt würde, so könne man eine Aenderung der betreffenden Gesetzesbestimmungen vorschlagen, wonach im einzelnen Fall zu erwägen sei, ob eine Ueberweisung in eine solche Anstalt angezeigt wäre. Einstweilen fehlt es an solchen Anstalten. Ist die freie Willensbestimmung nicht ausgeschlossen, so muss der Strafrichter gegenwärtig eben auf die gesetzliche Strafe erkennen.

Dr. med. *Georg Ilberg*, Schriftführer.

Literatur.

Max Fischer, Der Schutz der Geisteskranken in Person und Eigenthum. — Leipzig 1902. 68 Seiten.

Es sind viele Sorgen und Anliegen, mit denen Verf. vor Richter, Aerzte und überhaupt das gebildete Publikum tritt, aber sie sind zum guten Theile begründet, und man wird der Schrift eine recht weite Verbreitung und Würdigung wünschen, damit sie einen Fortschritt wenigstens nach mancher Richtung anbahnen helfe. Ob freilich eine staatliche Fürsorge für jeden Kranken in und ausserhalb der Anstalten, wie Verf. sie sich als nothwendig denkt, möglich und wirklich segensreich sein würde, scheint mir nicht ganz sicher, da ich weniger Zutrauen zu der hohen Einsicht der Vertreter und der Behörden hege als Verf., und hier ein schematisches Verfahren in vielen Fällen arge Unzuträglichkeiten erzeugen müsste. — Dass die Vormundschaftsbehörde sich von Zeit zu Zeit bei der Anstaltsdirektion nach dem Zustande eines Entmündigten erkundige, geschieht nach meinen Erfahrungen vielfach auch jetzt schon durch Vermittlung des Vormundes, aber es stände wohl nichts im Wege, dass auch da, wo dies nicht der Fall ist, die Anstaltsdirektion ungefragt jede Aenderung im Geisteszustand des Kranken mittheilt, die eine Revision und Korrektur der Form der Entmündigung wünschenswerth macht. Auch bei Kranken, die noch nicht entmündigt sind, steht es dem Arzte wohl jetzt schon frei, dem Staatsanwalt anzuzeigen, wenn eine Fürsorge für den Patienten erwünscht scheint. Ob es im Sinne des Gesetzes richtig ist, die Pflegschaft wegen geistigen Gebrechens so auszudehnen und hierbei die Unmöglichkeit der Verständigung so weit zu fassen, wie Verf. dies wünscht, halte ich für zweifelhaft, aber ich habe allerdings mehrmals gesehen, dass Gerichte die Unmöglichkeit der Verständigung in recht weitem Umfange gelten lassen. Sehr beachtenswerth erscheinen die Gründe, die Verf. aus dem Gefühl des Kranken heraus gegen die Ausdrücke „Geistesschwäche“ und

„Geisteskrankheit“ im B.G.B. und gegen die Bestimmung vorbringt, dass gerade der Beschluss der Entmündigung wegen Geistesschwäche dem Entmündigten mitzutheilen ist. Man wird dem Wunsche zustimmen, dass wenigstens in der Mittheilung an den Kranken die Motivirung des Beschlusses und die Nennung des Antragstellers und des Begutachters unterlassen und statt „Geistesschwäche“ der Ausdruck „geistige Schwäche“ oder besser einfach „Entmündigung wegen beschränkter Geschäftsfähigkeit“ angewandt werde. Der Vorschlag dagegen, da, wo ärztliche Rücksichten die Zustellung des Entmündigungsbeschlusses an den Kranken nicht rathsam machen, dieselbe zu sistiren und hiervon dem Gerichte mit Darlegung der Gründe Anzeige zu erstatten, erscheint deshalb nicht empfehlenswerth, weil der Richter hier gar nicht in der Lage ist, dem Arzte zu willfahren. Dem Wunsche des Verf., dass im Entmündigungsverfahren die persönliche Vernehmung des Kranken dann unterbleiben möge, wenn eine Benachtheiligung des Kranken dadurch zu befürchten ist, entspricht bereits § 654, 3 C.P.O. Aber es handelt sich ja bei Vielem, was Verf. bespricht, um die Handhabung der bestehenden Bestimmungen; und das Interesse und Verständniss, das hierfür wünschenswerth ist, in weitere Kreise zu tragen, scheint die vorliegende Schrift ganz besonders geeignet. *Hans L.*

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben etc. von Dr. *Hirschfeld*. IV. Jahrgang. Leipzig 1902, Spohr, 980 Seiten.

Pünktlich, wie immer, ist auch heuer das Jahrbuch erschienen, wieder mit einer Reihe interessanter Arbeiten und meist vorzüglichen Holzschnitten, in vornehmster Ausstattung und in einer Stärke von 980 Seiten. *Neugebauer* bringt eine Menge eigener und fremder Beobachtungen aus dem Gebiete des Scheinzwitterthumes, welche die verschiedensten Seiten beleuchtet. Es ist ein wahres Repertorium dieser seltenen, anatomisch-psychologisch, z. Th. auch forensisch wichtigen Fälle. *Fuchs* schreibt über „therapeutische Bestrebungen auf dem Gebiete sexueller Perversionen“, leider aber fast nichts zu seinem Thema Gehöriges. Nach ihm lassen sich immer die leichteren Fälle der Homosexualität behandeln, bisweilen auch die schweren. Er schlägt eigene Behandlungs-Anstalten vor. *Merzbach* findet viele Homosexuelle in der Konfection, in der Fabrikation von Phantasie-Artikeln und unter den Künstlern und Tänzern. Er will nichts von eigenen Sanatorien für Homosexuelle wissen, hält ihre Behandlung für unnütz und schlägt die Zahl der Päderasten unter den Homosexuellen auf 6 pCt. an (*Hirschfeld* auf 8 pCt.). Ein katholischer Geistlicher weist sehr gelehrt nach, dass die Bibel nichts enthalte, worin die Homosexualität als besonders ab-

scheuliche Sünde hingestellt werde, auch nicht die bekannten Stellen über Sodom und Gomorra. Mit Recht wirft er die Frage auf, ob der Geschlechtstrieb nicht noch andere Zwecke zu erfüllen habe als die Fortpflanzung. Ein Anonymus geht gelehrt den Spuren von Homosexualität im alten Norden nach. Strafen treten erst hier mit dem Christenthum auf, am frühesten 1164 nachweisbar. *Suzewo-Iwaya* zeigt, dass in Japan die Homosexualität schon sehr lange besteht, mindestens seit Einführung des Buddhismus. Jetzt wird sie nur gering bestraft. Unter den Studenten soll sie häufig sein und in Süd-Japan mehr als im Norden. *Katte*, der sich selbst homosexuell nennt, sucht den Daseinszweck des Homosexuellen im idealen Streben und Handeln zum Besten des Ganzen. *Karsch* weist literarisch und sehr ausführlich nach, dass der Reformator de Bèze († 1605) absolut kein Homosexueller war, wohl aber der Geschichtsschreiber Joh. v. Müller und der Romanschriftsteller v. Ungern-Sternberg. Nach der gelehrten Untersuchung *v. Römer*'s war Heinrich III. von Frankreich und Polen ein psycho-sexueller Hermaphrodit, wie er glaubt. Ein Glanzpunkt des Ganzen bildet aber sicher die genaue Befreiung der Bibliographie über Homosexualität im Jahre 1901 seitens *Prätorius* und besonders seine ausgezeichneten Kritiken, die um so werthvoller sind, als er selbst sehr viele Homosexuellen kennt. Nach ihm ist Homosexualität stets angeboren, nie erworben, höchstens tardiv auftretend. Er will den § 175 abgeschafft wissen. Er schätzt 1—2 Homosexuelle auf 4—500 erwachsene Männer bei uns, also etwa 25—30000 in Deutschland. Die Homosexualität sei krankhaft, eine Anomalie, aber keine Krankheit, sie ist fast nie unwiderstehlich. Mit Zwangsvorstellung hat sie nichts zu thun und erzeugt nie Depravation oder Entvölkerung. Berlin hat homosexuelle Bäder, Wirthschaften, Bälle, Paris nur Bäder etc. „Striche“ giebt es überall, besonders vor Kasernen. Die wissenschaftliche Literatur über Homosexualität schadet nie, die Homosexualität braucht nicht von der Belletristik ausgeschlossen zu werden. Wichtig ist es, der Vita sexualis berühmter Männer nachzugehen, um sie und ihr Wirken richtig zu verstehen. Verf. bezweifelt endlich, ob mit Zunahme der Nervosität auch mehr Homosexuelle entstanden sind. In ähnlicher Weise interessant sind auch die Randglossen von *v. Römer*. *Hirschfeld* endlich beschliesst den Band mit dem Nachweise der regen und inhaltsreichen Thätigkeit des „wissenschaftlich-humanitären Comités“.

Näcke.

***M. W. Ignatjew*, Statistik der Geisteskranken in den russischen Irrenanstalten. Dissertation. Petersburg 1902. (Aus der Klinik von Prof. *W. M. Bechterew*.) 224 Seiten Text und 107 Seiten Tabellen.**

Die werthvolle Untersuchung, ohne (in Aussicht gestellte) Trennung nach einzelnen Krankheitsformen durchgeführt, beruht auf sämmtlichen Irrenberichten der Jahre 1862—1897 und umfasst ein Material von 11000 (1878), 41000 (1897) behandelter Kranken jährlich. Trotz der anspruchslosen Ueberschrift ist selbige vom Autor, der im St. Nicolaus-Hospitale thätig und sein wissenschaftliches Interesse bereits vielfach bezeugt hat, durchaus selbständig erdacht und ausgearbeitet. Abgesehen von den in ihr enthaltenen faktischen Daten gewinnt sie insofern an Bedeutung, als aus letzteren, sowie aus der vom Verf. geübten, hier nicht wiederzugebenden, Kritik sich die Grundlage zu einer leider noch mangelnden Einheitlichkeit des Verfahrens bei der Zusammenstellung psychiatrischer Anstaltsberichte klären lässt.

Die sorgfältig und mit grossem Müheaufwand verfasste Arbeit beginnt mit Zahlangaben über die von Jahr zu Jahr in den russischen Irrenanstalten verpflegten Kranken, aus deren fortlaufenden Werthen sich das praktisch wichtige Factum ergiebt, dass diese Zahl jährlich in bestimmter geometrischer Progression (Coefficient 1,065) zunimmt. Ein ähnliches Verhältniss bieten auch die Aufnahme- und Restziffern. Ende 1897 betrug die Zahl sämmtlicher in den Anstalten befindlicher Kranken etwas über 20000 (1,6:10000 der Bevölkerung). Das Verhältniss dazu der Neuaufnahmen war jährlich 95:100, das der Entlassungen 45:55.

Von sämmtlichen behandelten Kranken waren 62 pCt. Männer und 37 pCt. Frauen; unter den Neuaufnahmen befanden sich 65 pCt. Männer und 34 pCt. Frauen; unter den Zurückbleibenden 59 pCt. Männer und 40 pCt. Frauen. Von 100 Männern werden jährlich 47, von 100 Frauen 41 entlassen. Auf 100 zu Jahresende zurückbleibende Männer kommen 105, auf 100 zurückbleibende Frauen 81 Neuaufnahmen entsprechenden Geschlechtes.

Die Procente der Sterbefälle und Genesungen, im Verhältniss zur Gesammtzahl der Behandelten berechnet, betragen für Erstere 9—10 pCt., für Letztere ca. 13,5 pCt. Mit Besserung wurden 11 pCt., ungebessert $9^1/_2$ pCt. entlassen. Rest 55 pCt.

Die Aufenthaltsdauer betrug unter den Entlassenen bei 50 pCt. bis 3 Monate, bei 28 pCt. 3—12 Monate, bei 10 pCt. 1—2 Jahre; die Krankheitsdauer bis zur Aufnahme: bei 24 pCt. bis 1 Monat, bei 17 pCt. 1—6 Monate.

Von den Neuaufnahmen fallen 30 pCt. auf die Monate Mai-Juli und nur 20 pCt. auf Januar, Februar und December. Ungefähr ebenso verhalten sich die Entlassungszahlen, woher die Vermuthung des Verf., dass die Aufnahmeverhältnisse von meteorologischen Verhältnissen abhängen, gleich den übrigen von ihm discutirten Hypothesen, nicht wohl gerechtfertigt erscheint.

Das Maximum der Genesungen fällt auf die Monate Mai-Juli, das Minimum auf Januar, Februar und December; das Sterblichkeitsmaximum

auf April-Mai, December und Januar, das Minimum auf Februar, September und October.

Von den Aufnahmen waren 80 pCt. frische, 20 pCt. wiederholte.

Im Alter von 21—30 Jahren befanden sich 29 pCt. der Neuaufgenommenen, zwischen 31—40 Jahren 30 pCt., zwischen 41—50 Jahren 18,5 pCt. Etwas anders scheinen sich die Altersverhältnisse der Kranken, laut den Zählungsberichten, in der freien Bevölkerung zu verhalten. — Von den Verstorbenen befanden sich im Alter von 31—40 Jahren 30 pCt., zwischen 41—50 Jahren 25 pCt., 21—30 Jahren 17 pCt., 51—60 Jahren 14 pCt., über 60 Jahren 10 pCt.

Bei der Untersuchung des Familienstandes der Kranken geht Verf. von dem Standpunkte aus, dass zur Gewinnung vergleichbarer Daten zuallererst aus dem Gesammtbestande sämmtliche nichtheirathsfähige Individuen wie z. B. Minderjährige, Idioten etc. auszuschliessen sind. Nur die so gewonnenen Ziffern sind mit den entsprechenden Daten der gesunden Bevölkerung vergleichbar, wenngleich dieses Verfahren wegen Mangelhaftigkeit unserer Statistik vorläufig noch nicht durchführbar ist. Die rohen Zahlen ergeben, im Gegensatz zum Auslande, eine Bevorzugung der Verheiratheten (53—56 pCt.) gegenüber den Ledigen (30—38 pCt.), welches Verhalten, wie übrigens auch sonst Alles, kritisirt wird. Besonders hoch ist die Zahl der Verwittweten, namentlich Frauen (16 pCt.).

Des Lesens und Schreibens unfähig sind etwa 52 pCt.

Die Standes- und Beschäftigungsverhältnisse der Kranken sind, wegen zu grosser Verschiedenartigkeit der Registrirungen, nicht einheitlich zu beurtheilen, was jedoch den Verf. nicht an der dankbaren Arbeit behindert hat, sämmtliche entsprechenden Daten in extenso wiederzugeben.

Der Nationalität nach sind 83 pCt. der Kranken Russen. Was den Wohnort der Kranken betrifft, erweist sich, dass 90 pCt. des Gesammtbestandes der Anstalten von der Bevölkerung des entsprechenden Gouvernements, in welchem sich die Anstalt befindet, geliefert wird, davon 36 pCt. aus dem entsprechenden Kreise (jedes Gouvernement besteht administrativ aus mehreren, 5—6 und mehr, Kreisen). Auch die sog. Bezirksanstalten (Regierungsanstalten zu bestimmten Zwecken und für grössere Bezirke, 5 - 10 Gouvernements, erbaut) machen davon keine Ausnahme.

Zu einer genaueren Beurtheilung der ätiologischen Verhältnisse sind die vorhandenen Daten zum Theil zu mangelhaft, namentlich jedoch zu wenig einheitlicher Art. Verf. unterscheidet bei der Discussion der Erblichkeitsfrage die Erblichkeit im engern Sinne, d. h. das Vorhandensein von Geisteskrankheit in den aufsteigenden Generationen, von der ererbten Degeneration (Alkoholismus, Epilepsie, Nervenkrankheiten etc. der Vorfahren), wenngleich seine Erörterungen in dieser Beziehung nicht genügend präcis erscheinen mögen. Erblichkeit in engerem Sinne ist relativ selten zu verzeichnen, häufiger besteht vererbte Degeneration. Alkoholismus

ist bei $^1/_3$ der Männer und $^1/_8$—$^1/_{10}$ der Frauen, Trauma in 3—5 pCt nachzuweisen. Ausserdem sind sämmtliche vorhandene Daten über Syphilis geistige Erschütterung, Uebermüdung, Schwangerschaft, Onanismus, physische Erkrankungen, die als Ursache der Psychose angegeben werden, zusammengestellt.

Die physischen Complicationen und Todesursachen werden in einem besondern Abschnitt behandelt. Ganz besonders eingehend schildert Verf. den Selbstmord der Geisteskranken, wozu er ein reichhaltiges Material beibringt. Wir erwähnen nur, dass der grösste Theil der geisteskranken Selbstmörder sich durch Hängen das Leben nimmt. Auf 10000 Männer kommen, nach den Berichten zu urtheilen, 3,6—4,8, auf 10000 Frauen 2,5—3,4 Selbstmörder; Selbstmordversuche finden sich unter den Männern in 5 pMl., bei den Frauen in 16 pMl. verzeichnet.

In allen Einzelheiten sind fernerhin alle möglichen Zufälligkeiten im innern Leben der Irrenanstalten zusammengestellt. Die Reichhaltigkeit des Materiales macht diesen Abschnitt zu einem besonders wichtigen.

Die Anzahl der Tobenden wird auf 7—16 pCt., diejenige der Halbruhigen auf 30—35 pCt., diejenige der schwachen und unreinen Kranken auf 12 pCt. berechnet. Epileptiker, Bettregime, Agressive, Zerstörende, vom Gerichte zur Beobachtung zugestellte Kranke sind ebenfalls von der Betrachtung nicht ausgeschlossen.

Recht interessant sind auch die Abschnitte über das Personal der Irrenanstalten. Als Norm für die russischen Anstalten, die sich durch ihre hohe Aufnahmeziffern auszeichnen, nimmt Verf. 1 Oberarzt auf 300—400 Kranke und höchstens für je 75 Kranke (auf 50 acute oder 100—125 chronische) einen behandelnden Arzt an. In Wirklichkeit wird letztere Norm meist um ein Bedeutendes überschritten. Da, wo der Bestand der Anstalten über 400 hinausgeht, findet sich meist die Institution der älteren Ordinatoren. Verf. protestirt entschieden gegen die büreaukratische Rolle der letzteren, die sich meistentheils eingebürgert hat, welcher Meinung Referent sich mit Ueberzeugung anschliesst. Von Oberwärtern kommt je einer auf 30—35 Kranke; da, wo es Gehilfen desselben giebt, dürften die Abtheilungen auch auf eine grössere Zahl berechnet werden.

Die Wärterfrage bildet, wie überall, so auch in Russland einen wunden Punkt. Im Mittel sind 50 pCt. der Wärter Neulinge. Auf je einen kommen 6 Kranke. Etwa $^1/_4$ wird wegen schlechter Pflichterfüllung entlassen. Den Grund des Uebels findet Verf., nach eingehenden Zusammenstellungen, in der Mangelhaftigkeit der materiellen Bedingungen.

Die jährlichen Ausgaben für die Irrenanstalten betragen in den meisten 170—200 Rbl. pro Kranken; de facto ist diese Summe etwas höher zu veranschlagen. Eine Reihe interessanter Einzelheiten können hier nicht referirt werden.

Beschäftigungen der Kranken sind in recht vielen Anstalten eingeführt, haben jedoch, wie jetzt allgemein angenommen, nur therapeutischen Werth. Die Details sind im Original nachzusehen. Die Ausgaben zum Unterhalt der Kranken können durch deren Arbeit nur zu 5—10 pCt. gedeckt werden.

Die Daten über Familienverpflegung der Kranken sind im letzten Kapitel zusammengestellt. Die Methode befindet sich vorläufig noch in den Anfängen. *M. Falk.*

Kleinere Mittheilungen.

Verschiedenes aus Russland.

In der Kanzlei der St. Petersburger Irrenanstalt wurde durch die Stadtverwaltung und andere medicinische Institutionen und ärztliche Gesellschaften das 30jährige Dienstjubiläum des Directors und Oberarztes der Irrenanstalt, Dr. med. *O. A. Tschrtschot*, gefeiert. Die Stadtverwaltung überreichte dem Jubilar eine öffentliche Danksagung für die langjährigen nützlichen Dienste und einen Jahresgehalt. Von verschiedenen städtischen und ausserstädtischen Institutionen, Krankenhäusern, Gesellschaften und Privatpersonen war eine bedeutende Anzahl von Adressen, Telegrammen und Briefen eingetroffen.

Weiter wird berichtet, dass *O. A. Tschrtschot* nach 35jährigem Staatsdienste überhaupt um seinen Abschied und Pensionirung gebeten und dieselbe ihm ertheilt worden ist. Die Verwaltung der Irrenanstalt des heiligen Nicolaus des Wunderthäters hat ihn ersucht, als Ehrenmitglied in der Anstaltskommmision zu verbleiben.

(Aus der Rundschau für Psych. 1901.)

Am 24. Mai a. St. 1901 starb in Moskau in Folge von Darmblutungen der Privatdocent für Psychiatrie und Neuropathologie der Moskauer Universität, Nicolaus Michailowitsch Wersilow. Geboren wurde derselbe als Sohn eines russischen Geistlichen im Jahre 1867 in dem Dorfe Afanasom im Wjasemschen Kreise des Gouvernements Smolensk. Das Gymnasium hatte er in Smolensk 1886, die Universität 1891 in Moskau beendet. Schon als Student widmete er sich mit Vorliebe der Psychiatrie und Neuropathologie; den Doctorgrad erhielt er im Jahre 1894; in demselben Jahre wurde er als etatmässiger Arzt an der Moskauer Irrenklinik angestellt und im Jahre 1899 habilitirte er sich an derselben Klinik als Privatdocent.

Ebendaselbst.

Am 17. Juli a. St. 1901 starb in Odessa in Folge einer septischen Diphtheritis der Director der Winicaer Kreisirrenanstalt des Gouvernements Podolien, Dr. med. *W. P. Kusnekow*, geb. 1858. Seine medicinischen

Studien hatte er im Jahre 1882 in Moskau beendet. Die Jahre 1887 und 1888 verbrachte er an der St. Petersburger Kaiserlichen militärmedicinischen Akademie an der Klinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, hier schrieb er seine Doctordissertation „Ueber die Veränderungen des Central-Nervensystems, hervorgerufen durch künstliche Hyperämie", nach deren öffentlicher Vertheidigung er den Doctorgrad erhielt.

Im Jahre 1892 wurde er zum Director der Kreisirrenanstalt in Kasan ernannt und von dort im Jahre 1898 an die neuerbaute und eröffnete Kreisirrenanstalt in Winica versetzt, deren innere Einrichtung und Organisation er durchführte.

Er wurde oft zu Besprechungen in Angelegenheiten der Irrenpflege und Behandlung nach Petersburg an das Medicinische Departement des Ministerium des Innern berufen. (Rundschau für Psych. 1901.)

Am 21. Juli a. St. 1901 verschied in Folge von Tuberculosis in der Nähe von Moskau im Alter von 42 Jahren der Privatdocent für Psychiatrie und Neuropathologie der Moskauer Universität, *A. A. Tokarski.* Seine medicinischen Studien hatte er in Dorpat begonnen und in Moskau im Jahre 1885 beendet.

Im Jahre 1887 wurde er Arzt der Moskauer psychiatrischen Klinik, im Jahre 1893 vertheidigte er seine Doctordissertation und erhielt an der Universität die Privatdocentur. Er beschäftigte sich viel mit psychologischen Fragen; seine Arbeiten erschienen: in dem russischen Archiv für Psychiatrie, im psychiatrischen Berichterstatter, in dem Journale der psychologischen Gesellschaft, in dem Journal für philosophische und psychologische Fragen und seit 1896 in einer eigenen Zeitschrift „Mittheilungen aus dem psychologischen Laboratorium der Moskauer psychiatrischen Universitätsklinik". Von seinen Arbeiten werden hervorgehoben, Hypnose und Suggestion. Ueber die schädlichen Wirkungen des Hypnotismus. Therapeutische Verwerthung der Hypnose. Begriff über den Willen und die Freiheit desselben. Der Hypnotismus in der Pädagogik: Ueber Zwangssuggestion. Ueber psychische Epidemien. Das Entstehen und die Entwickelung der moralischen Gefühle u. s. w.

(Rundschau für Psych. 1901.)

An der Irrenanstalt des Moskauer Gouvernements Landstände (Semstwo) zu Pokrowsk soll ein praktischer Kursus der Psychiatrie für die Landärzte der Semstwo eingeführt werden. Der Kursus soll nur zwei Wochen dauern. Die Aerzte, welche sich an dem praktischen Kurse betheiligen, finden freies Unterkommen in der Anstalt selbst. Es wird auf 10 Personen gerechnet die sich vorher anzumelden haben.

Die Moskauer städtische Irrenanstalt unter der Leitung des Directors Dr. *W. R. Butzke* hat beschlossen, an derselben die Familienpflege einzuführen. Zu diesem Zwecke wird die Zahl der Aerzte an der Anstalt ver-

mehrt und ein besonderes Comité ernannt, um die Organisation und weitere Entwickelung dieser Pflege genau und eingehend auszuarbeiten.

Der städtische Medicinalrath ist beauftragt, Pläne für eine neue Anstalt zur Unterbringung von Epileptikern und Idioten auszuarbeiten.

Dr. *A. v. Rothe.*

Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft der Neurologen und Psychiater an der Kaiserlichen Universität zu Kasan für das Jahr 1901 vom Secretär der Gesellschaft *W. N. Obrascow.* Neurologischer Berichterstatter Bd. X. S. 111. Kasan 1902.

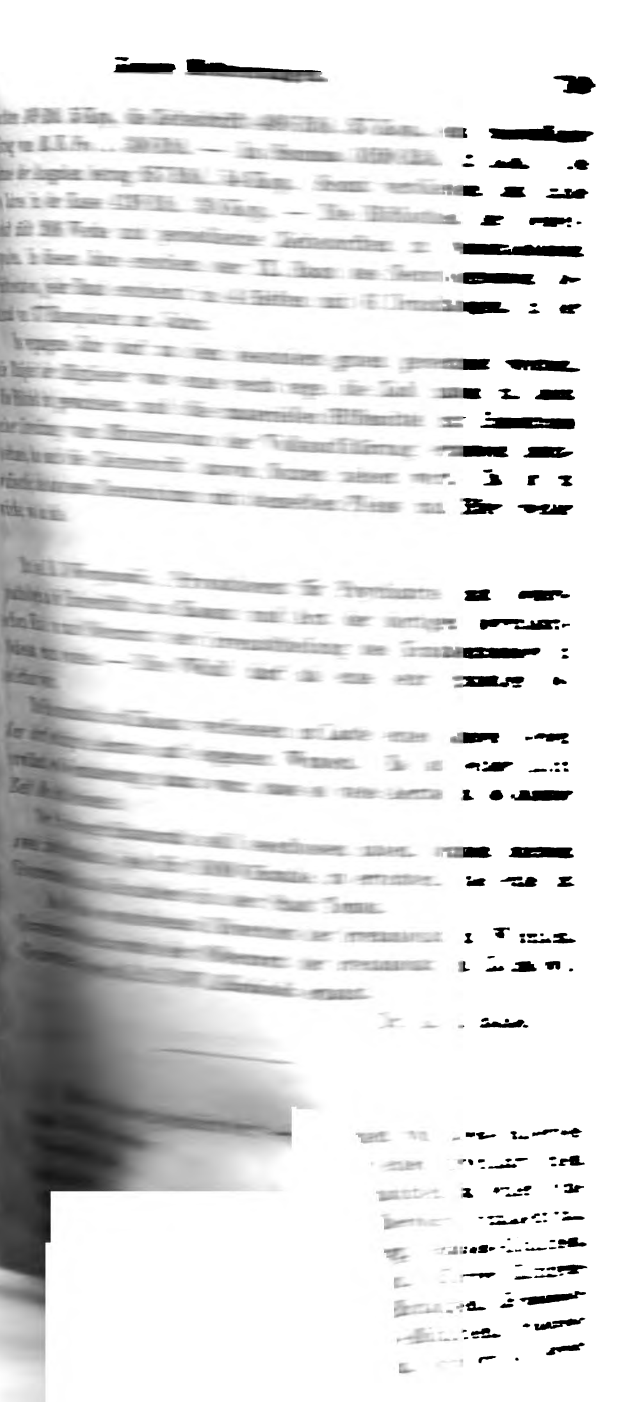
Mit diesem Jahresberichte schliesst die Gesellschaft das erste Decennium seit ihrer Gründung.

Im Jahre 1901 hielt die Gesellschaft 7 Sitzungen, 1 Jahressitzung und 6 gewöhnliche, in welchen 10 Vorträge gehalten wurden über folgende Themata: 1. Prof. *N. A. Mislawski*, Zur Methode der Nervenreizung. 2. Dr. *J. J. Naumow*, Besprechung der von der Pirogowschen Gesellschaft der russischen Aerzte angeregten Frage „das Cirkular des medicinischen Departements, welches die therapeutische Anwendung der Hypnose einschränkt, umzuändern“. 3. Prof. *N. M. Popow*, Die Athetose. 4. Prof. *T. M. Dogell*, Die Gefässe und Nerven des beckenartigen Gelenkes in seiner anatomo-physiologischen Bedeutung. 5. Dr. *R. A. Luri*, Beziehung der Gefühlsnerven des Zwerchfelles zum Athmen. 6. Dr. *K. Ch. Orlow*, Zur Aetiologie der Geistesstörungen. 7. Dr. *W. P. Malejew*, Ueber die Ursachen der Paralysis progressiva. 8. Dr. *A. E. Janischewski*, Die Technik der Durchschneidung des Corpus callosum bei experimentellen Untersuchungen. 9. Dr. *W. N. Obrascow*, Arsenparalyse. Demonstration des Kranken. 10. Dr. *N. S. Wlasow*, Demonstration operirter Thiere (zur Frage der Harnblasen-Innervation). Ausser diesen sprach Prof. *N. A. Mislawski* in der vorjährigen Jahressitzung „Ueber die Unermüdlichkeit der Nerven“; und Prof. *N. M. Popow* hielt in einer der laufenden Sitzungen dem verstorbenen *W. P. Kusnecow* eine Gedächtnissrede.

Die Zahl der Mitglieder betrug 65 Personen; Gründer 12 — Ehrenmitglieder 8 — activer 45 und Mitarbeiter 3 —, davon waren 30 auswärtige und 35 städtische. Gestorben 1, *W. P. Cusnecow* — neu aufgenommen wurden 3.

Das Bureau bildeten im Jahre 1901 Prof. *N. M. Popow*, Vorsitzender und Redacteur der Zeitschrift. — Vicepräsident Prof. *N. A. Mislawski.* — Sekretär *B. J. Worotynski* und *W. W. Nicolaew.* — Bibliothekar *W. S. Boldirew* und Kassirer *A. E. Janischewski.* Da der Secretär *Worotynski* Kasan verlassen, übernahm dessen Stelle *W. N. Obrascow.*

Die Einnahmen der Gesellschaft bestehen in den Procenten von dem unanrührbaren Kapitale, den Jahresbeiträgen der Mitglieder und den Einnahmen, welche die Zeitschrift bringt. Am Schlusse des Jahres befanden sich in der Gesellschaftskasse 3945 Rbl. 72 Kop., die Jahresbeiträge für 1901



feld-München-Obersendling, *Ullrich*-Kaufbeuren, *Ungemach*-München, *Vocke*-München, *Wagner*-München, *Weigandt*-Würzburg, *Würzburger*-Bayreuth.

Die Gründnng eines Vereins bayerischer Psychiater wurde einstimmig beschlossen und nach eingehender Debatte der von den Einberufern vorgelegte Satzungsentwurf in folgender Fassung angenommen.

Satzungen: § 1. Der „Verein bayerischer Psychiater" bezweckt die Pflege und Förderung der theoretischen und praktischen Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der öffentlichen Fürsorge für psychisch Kranke. Er hat seinen Sitz in München.

§ 2. Zur Erreichung dieses Zweckes dienen vorzugsweise jährliche Zusammenkünfte an einem von der vorhergehenden Versammlung zu wählenden Ort und Termin.

Stimmberechtigt bei den Versammlungen sind die anwesenden Mitglieder.

Nichtmitglieder sind als Theilnehmer oder speziell geladene Gäste zulässig, aber nicht stimmberechtigt.

§ 3. Mitglieder des Vereins kann jeder in Bayern wohnende approbirte Arzt werden, der sich berufsmässig mit Psychiatrie beschäftigt und sich bei dem Vorstande zum Beitritt anmeldet.

Als Ablehnungs- und Ausschliessungsgründe gelten lediglich die durch allerhöchste Verordnung für die ärztlichen Bezirksvereine normirten.

§ 4. Die Mitglieder sind verpflichtet, die Zwecke des Vereins durch Leistung und Anregung wissenschaftlicher Arbeiten und Uebernahme von Referaten zu fördern und einen von der Versammlung festzusetzenden Jahresbeitrag zu leisten.

§ 5. Die Mitgliedschaft erlischt durch schriftlich erklärten Austritt, beim Wegzug aus dem Vereinsgebiet, bei Verweigerung der Beitragsleistung und durch Ausschliessung gemäss § 3 Abs. 2.

§ 6. Zur Besorgung der Geschäfte wird alljährlich in der ersten Versammlung ein Vorsitzender, ein Schriftführer und für jeden ein Stellvertreter gewählt.

Der Vorsitzende verwahrt die Vereinsakten, er bereitet die Versammlung vor, leitet sie nach der von ihm festgesetzten Tagesordnung und vollzieht die Aufnahme der Mitglieder.

Der Schriftführer besorgt die Correspondenz und das Rechnungswesen, hält die Mitgliederliste evident und führt das Protokoll bei den Versammlungen.

§ 7. Bei der Jahresversammlung wird aus den anwesenden Mitgliedern zur sofortigen Prüfung der Rechnung ein Revisor gewählt und von der Vorstandschaft ein weiterer Schriftführer zur Beihilfe bei der Aufnahme des Sitzungsprotokolls kooptirt.

Die Vortragenden und die bei der Diskussion Betheiligten haben den Schriftführern alsbald ein kurzes Resumé ihrer Aeusserungen mitzutheilen.

§ 8. Das von den Schriftführern festgestellte, von dem Vorsitzenden genehmigte offizielle Versammlungsprotokoll wird in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ veröffentlicht.

Vorsitzender und Schriftführer haben zu jeder Versammlung die Einladung zwei Monate vorher und das Programm vierzehn Tage vorher an die Mitglieder zu versenden und in der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift“ und in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ zu veröffentlichen.

§ 9. Abänderungen der Satzungen müssen mindestens vier Wochen vor Zusammenkunft der Versammlung schriftlich beantragt, durch das Programm den Mitgliedern bekannt gegeben und können nur von drei Viertheilen der anwesenden Mitglieder beschlossen werden.

§ 10. Die Auflösung des Vereins erfolgt, wenn drei Viertheile der Vereinsmitglieder ihr schriftliches Votum hierfür abgegeben haben.

Der vorhandene Kassa-Aktiv-Rest fällt alsdann an den Verein Deutscher Irrenärzte.

Durch Acclamation wurden alsdann für das erste Jahr in den Vorstand gewählt: *Vocke*-München, Vorsitzender, *Rehm*-München-Neufriedenheim, stellvertretender Vorsitzender, *Ungemach*-München, Schriftführer, *Probst*-München, stellvertretender Schriftführer.

Schliesslich wurde beschlossen, die erste allgemeine Versammlung um Pfingsten 1903 in München abzuhalten und den Mitgliederbeitrag auf 2 Mark jährlich festzusetzen. V.

Versammlung der deutschen Naturforscher zu Karlsbad vom 21. bis 27. September 1902. — In der Sektion für Neurologie und Psychiatrie haben Vorträge angemeldet: *Anton*-Graz, Ueber Degenerationen im Grosshirne. *Brosius*-Sayn, Psychosen der Juden. *Eulenburg*-Berlin, Ueber einige neuere elektro-therapeutische Methoden. *Freud*-Wien, Thema vorbehalten. *Hartmann*-Graz, Thema vorbehalten. *Hirschl*-Wien, Geographische Verbreitung der Paralyse. *Kalmus*-Prag, Skizze des derzeitigen Standes der Irrenpflege in Böhmen. *Kohnstamm*-Königstein i. T., Der Begriff der coordinatorischen und der motorischen Zelle. *Löwenthal*-Braunschweig, Die objectiven Symptome der Neurasthenie. *Marburg*-Wien, Zur Pathologie der grossen Hirngefässe. *Marinesco*-Bukarest, Untersuchungen über spinale Localisation. *Meschede*-Königsberg, Thema vorbehalten. *Münzer*-Prag, Zur Lehre vom Neuron. *Neisser*-Lublinitz, Thema vorbehalten. *Obersteiner*-Wien, Thema vorbehalten. *A. Pick*-Prag, Zur pathologischen Histologie des Gehirns. *Friedel Pick*-Prag, Ueber klinische Temperatursinnsprüfung. *Pilcz*-Wien, Ueber Eigebnisse elektrischer Untersuchungen an Geisteskranken. *Probst*-Wien, Zur Klinik und pathologischen Anatomie eines eigenartigen Verblödungsprocesses im Kindesalter. *Reimann*-Wien, Demonstration mikro-

skopischer Präparate und Bericht über einen Fall von Polioencephalitis. *Rothmann*-Berlin, Ueber die Ergebnisse der experimentellen Ausschaltung der motorischen Function und ihre Bedeutung für die Pathologie. *Sternberg*-Wien, Zur Physiologie des menschlichen Centralnervensystems nach Studien an Hemicephalen. *Stransky*-Wien, Ueber discontinuirliche Zerfallsprocesse am peripherischen Nerven. *Sträussler*-Prag, Ueber Folgezustände fötaler Hydrocephalie. *v. Wagner*-Wien, Neurologisch-psychiatrische Mittheilungen. *Wiener*-Prag, zugleich für *Münzer*-Prag, Das Zwischen- und Mittelhirn des Kaninchens.

Nervenchemie aus Amerika. — Einige Forscher haben sich neuerdings die Aufgabe gestellt, die Untersuchung der menschlichen Nerven in ihrem gesunden und kranken Zustand durch Anwendung der Chemie zu fördern, und es sind einige merkwürdige Ergebnisse dabei herausgekommen. Von grösster Wichtigkeit ist jedenfalls die Thatsache, dass man das Vorhandensein einer Nervenkrankheit an der Beschaffenheit des Blutes erkennen könne. Die beiden englischen Aerzte *Mott* und *Halliburton* stellen nämlich in einem Aufsatz der „Philosophika Transactions" fest, dass bei einem Menschen, dessen Nervensystem in einen Zustand der Entartung übergegangen ist, sich diese bedenkliche Erkrankung in einem Ueberschuss von Cholin (Gallenstoff) im Blut zeigt. Das ist der Fall nicht nur bei allgemeinen Lähmungserscheinungen, sondern auch bei verschiedenen Erkrankungen des Centralnervensystems d. h. des Gehirns, sowie anderer Nerven des Körpers.* Das Cholin ist auf chemischem Wege sehr leicht nachzuweisen, nämlich als gelbe Oktaederkrystalle, die sich bei geeigneter Behandlung des Blutes ausscheiden. Ausserdem besteht noch ein anderes Mittel, das den Stoff im Blut verräth; man braucht nämlich nur etwas von solchem Menschenblut einem Thier in die Adern einzuspritzen. Tritt darauf bei dem Versuchsthier eine vorübergehende Verminderung des Blutdrucks ein, so ist in jener Blutprobe zuviel Cholin vorhanden gewesen. Es besteht jetzt also jedenfalls die Möglichkeit, das Vorhandensein einer Nervenkrankheit auf dem schnellsten und einfachsten Wege durch ein Blutprüfung festzustellen. Um die Bedeutung dieser Forschung zu würdigen, muss man sich daran erinnern, dass man früher ein äusseres Mittel zur Unterscheidung eines gesunden und eines kranken Nerven nicht gekannt hat, da auch die mikroskopische Untersuchung nichts der Art zu enthüllen vermag. Jetzt kann man freilich den Unterschied zwischen einem gesunden und einem entarteten Nerv auch für das Auge sichtbar machen, nämlich durch Anwendung einer bestimmten chemischen Mischung, in der sich die kranken Nervenfasern tiefschwarz färben, während die gesunden überhaupt keine Färbung annehmen (!). (Westliche Post St.-Louis v. 3. März 1902.)

Aufnahmsbezirke für die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten. — Mit 2. Juli d. J. ist die Umwandlung der bisherigen niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt Ybbs zu einer Pflege-Anstalt für Geisteskranke erfolgt und sind Statuten für die neue Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflege-Anstalt in Mauer-Oehling und die Pflege-Anstalt für Geisteskranke in Ybbs in Kraft getreten.

Auf Grund des vom Landes-Ausschusse mit der k. k. Staathalterei gepflogenen Einvernehmens werden die Aufnahmebezirke der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten bis auf weiteres bestimmt, wie folgt:

Für die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt Wien: die Wiener Gemeindebezirke I bis XI und XX, dann die Wiener Bahnhöfe (für dort Aufgegriffene); für die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg: die Wiener Gemeindebezirke XII, XIII, XIV und XVIII, dann die politischen Bezirke Baden, Floridsdorf, Korneuburg, Mödling, Waidhofen an der Thaya und das Gebiet der Stadt Klosterneuburg; für die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging: die Wiener Gemeindebezirke XV, XVI, XVII und XIX, dann die politischen Bezirke Bruck an der Leitha, Unter-Gänserndorf, Gmünd, Mistelbach, Ober-Hollabrunn und Tulln (mit Ausnahme der Stadt Klosterneuburg); für die Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflege-Anstalt in Mauer-Oehling: die Stadtbezirke Wiener-Neustadt und Waidhofen an der Ybbs, dann die politischen Bezirke Amstetten, Hietzing-Umgebung, Horn, Krems, Lilienfeld, Melk, Neunkirchen, Wiener Neustadt, Pöggstall, St. Pölten, Scheibs und Zwettl. Geisteskranke aus dem Stadtbezirke Ybbs können in dringenden Fällen ausnahmsweise an die niederösterreichische Landes-Pflege-Anstalt für Geisteskranke in Ybbs abgegeben werden.

Für die Bestimmung des Aufnahmsbezirkes, welchem ein in eine niederösterreichische Landes-Irrenanstalt abzugebender Geisteskranker zugehört, ist dessen letzter ständiger Wohnort massgebend. Bei Personen, welche aus Kranken-, Irren-, Siechen- oder Armenanstalten, aus Gefangenenhäusern, Straf- oder Korrektionsanstalten in die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten zu überbringen sind, ist für die Bestimmung des Aufnahmsbezirks der Wohnsitz der betreffenden Person vor ihrer Unterbringung, beziehungsweise Anhaltung in der Anstalt, aus welcher sie in die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt überbracht werden soll, massgebend.

Wenn die Transportirung eines Geisteskranken in die Irrenanstalt, in deren Aufnahmsbezirk sich sein ordentlicher Wohnsitz befindet, unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnet, so kann ausnahmsweise die Ueberstellung eines solchen Kranken in die seinem Aufenthaltsorte zunächstgelegene Landes-Irrenanstalt erfolgen, und hat in einem solchen Falle diese die Weiterbeförderung des Kranken in die Anstalt, welcher derselbe zugehört, auf Rechnung derjenigen Behörde oder Partei zu bewerkstelligen, durch die ihr der Kranke zugeführt worden ist. (Wiener Ztg. 1902, No. 195.

Ländliche Beschäftigungskolonien für Trinker und Epileptiker. — Eine beachtenswerthe Anregung zur Heilung und Erziehung chronischer Alkoholiker giebt F. Bushnell-Plymouth in einer Correspondenz an das „British Med. Journ.“, der wir folgendes entnehmen.

Die allgemeine Sympathie ist auf Seiten der Aerzte Drs. Hall-Edwards und C. C. Chidell, welche soeben ländliche Beschäftigungskolonien für chronische Alkoholiker gründen. Die Kolonien werden mit Heilstätten für unbemittelte Trinker in direkter Verbindung stehen, so zwar, dass der Aufenthalt in den in geeigneten ländlischen Gegenden errichteten Kolonien als Nachkur der aus dem Sanatorium entlassenen Patienten betrachtet wird. Das Leben in den Kolonien, die finanziell theilweise auf Selbsthilfe basiren müssen, ist die beste Art, um die Patienten wieder zu einer geordneten Lebens- und Beschäftigungsweise zurückzuführen.

Patienten, für welche das Leben in den Grossstädten offenbar ganz unzweckmässig ist, können hier „auf der Scholle“ das Leben der ländlichen Bevölkerung führen. Durch die Hilfe von Wohlthätern in Devon und Cornwall ist ein Landhaus und 60 Acker Land angekauft worden. Diese erste Kolonie ist in einem geschützten, südlich gelegenen Thale errichtet, welches auf einer Seite von der Bergkette von Dartmoor, auf einer anderen Seite von einer grossen Moor- und Haidefläche begrenzt wird. In südlicher Richtung ist der Kanal von England sichtbar. Der Vorzug dieser Gegend ist die verhältnissmässig stets gleichmässige milde Beschaffenheit der Luft. Bisher ist bekanntlich noch kein Klima als hervorragend geeignet für die Behandlung der Tuberkulose erprobt; die Kolonie bei Dartmoor ist also als günstig hinsichtlich der Atmosphäre anzusehen.

Die Arbeitskraft der Lehrer, welche die Kolonisten in Landwirthschaft und Handfertigkeit zu unterrichten haben, kann gleichzeitig für eine benachbarte Kolonie für Epileptiker nutzbar gemacht werden. Mit Hilfe der Süd-Dartmoor-Kolonie wird hoffentlich eine grosse Anzahl von Kranken einer gesunden und nutzbringenden Thätigkeit zurückgegeben werden können. (Med. Reform Berl. No. 35, 1902.)

Personal-Nachrichten.

Dr. *Dabelstein*, Ass. der Prov.-Irrenanst. zu Schleswig, ist zum Direktor der Irrenpflegeanst. zu Neustadt, Holstein, ernannt worden.

Dr. *Alter*, San.-R. und Direktor der Prov.-Heilanstalt Leubus, hat den Charakter als Geh. San.-R.,

Dr. *Schmidt*, San.-R. u. Direktor d. Prov.-Heilanstalt zu Sorau den Rothen Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Probleme auf der Gebiete der Homosexualität.

Von

Medizinalrath Dr. **P. Näcke**-Hubertusburg.

Bekanntlich ist Perversität streng von Perversion zu trennen. Erstere bedeutet ein Erworbenes und ist oft, aber nicht immer synonym mit Laster. Die Perversion dagegen ist stets ein Angeborenes und deckt sich nicht mit dem Begriffe Laster im gewöhnlichen Sinne. Ist Einer z. B. „lasterhaft" von Jugend auf, ohne dass dafür Erziehung und Milieu verantwortlich gemacht werden können, so liegt ein angeborener Zustand vor, hier speciell meist ein pathologischer. Zum Begriffe: Laster gehört also zunächst unbedingt, dass dasselbe exogen (Erziehung, Milieu) bedingt sei, obgleich sicher auch hier ein gewisses endogenes Moment vorliegen muss, da cet. par. eben nur ganz bestimmte Personen lasterhaft werden. Nöthig erscheint es ferner aber auch, dass die That als unmoralische Handlung bewusst wird. Ein Dementer, ein Verworrener oder ein Kind, die diese Bedingung nicht erfüllen, können nie eigentlich lasterhaft genannt werden, eher schon z. B. ein Paranoiker, der zwar das Einsehen hat, aber trotzdem so aus pathologischen Gründen handeln muss, wodurch freilich der Begriff des Lasterhaften wieder aufgehoben wird. Das Volk allerdings hält sich nur an die äussere Erscheinung und macht keinen Unterschied bez. eines eventuellen krankhaften Untergrundes. Endlich ist aber auch der Begriff: Laster an sich ein ziemlich vager. Im Allgemeinen versteht man darunter Neigungen, Handlungen, die dem Individuum und der Gesellschaft schaden können und deshalb eben mit Recht als unmoralisch gelten, z. B. das Lügen, Trinken,

sexuelle Excediren. Immer ist Laster von Verbrechen scharf abgegrenzt, doch kann es selbstverständlich dazu führen. Im Speciellen werden aber mit diesem Ausdrucke mit Vorliebe zwei besondere Handlungen gebrandmarkt: die Trunksucht und der übermässige oder pervertirte Geschlechtsverkehr. Freilich laufen hier viele Subjektivitäten mit unter, da z. B. die Begriffe: Excesse in Baccho und Venere durchaus dehnbar und so die verschiedenen Statistiken, die damit arbeiten, oft schwer miteinander vergleichbar sind. Darauf habe ich wiederholt hingewiesen (*Näcke,* 1, 2, 3, 4, 5). Vom Laster zum Normalen giebt es aber vor Allem überall Uebergänge.

Fassen wir nun hier speciell die „lasterhaften" Geschlechtshandlungen ins Auge, so können sie als Perversion, Perversität oder Surrogat auftreten. Letzteres ist dabei nur ein Specialfall der Perversität. Wie das gemeint ist, zeigen deutlich z. B. die Homosexualität und die Onanie. Als Surrogat für heterosexuellen Verkehr tritt erstere bekanntlich gern in geschlossenen Gesellschaften von Mitgliedern eines Geschlechts auf, z. B. auf Schiffen, in Kasernen, Pensionaten, Werkstätten, Klöstern[1]) etc. auf; die Bestialität gern bei einsamen Hirten. Sobald andere Gelegenheit gegeben wird, hört die Geschlechtsverirrung von selbst auf, ausgenommen bei den Fällen, wo es sich um echte Perversion handelt. Das Surrogat ist also eine temporäre einigermassen entschuldbare Perversität, während Perversität im engeren Sinne einen mehr bleibenden Zustand bezeichnet, der aber in der Hauptsache erworben wurde, d. h. wie oben gesagt wird, exogen,

[1]) Im 16. Jahrh., wie uns das „Cabinet du Roy de France" mittheilt, war die Zahl der „Sodomites" in den verschiedenen Klosterorden Frankreichs eine sehr grosse. Speciell vom Erzbisthum Lyon werden folgende Zahlen gegeben:

	Zahl	Sodomites
Chartreux	800	50
Cordeliers	700	160
Jacopins	600	168
Carmes	452	180
Augustins	268	60
Minimes, Celestins etc.	500	9

(IV. Jahrgang für sexuelle Zwischenstufen etc. 1902, S. 617.) Jedenfalls sind die Zahlen, wenn sie der Wirklichkeit entsprechen, horrende und heutzutage dürfte Aehnliches kaum irgendwo stattfinden.

nicht etwa endogen bedingt ist. In beiden Fällen handelt es sich also um ein Laster, nicht aber, wenn ein durch die Sitte geheiligtes Institut (z. B. die Homosexualität bei den Griechen) oder gar eine religiöse Institution in Frage kommt, wie dies ja von den meisten sexuellen Verirrungen bekannt ist (*Bloch* 22). Wo endlich Perversion vorliegt, also ein angeborener Zustand, kann man von Laster nicht reden. Hier handelt es sich meist um psychopathische Zustände, selten wohl um normale Personen.

Wenn *v. Krafft-Ebing* (9) sagt, die Perversion sei das, was nicht der Fortpflanzung diene, so scheint mir diese Definition etwas zu eng zu sein. Einerseits nämlich, wie wir später sehen werden, ist die Fortpflanzung kaum der einzige Zweck des Geschlechtstriebs. Andererseits würden durch die obige Definition alle die Fälle von echtem Sadismus, Masochismus etc. ausgeschlossen sein, die den normalen Coitus bisweilen nur einleiten. Sie wären als blosse Perversität zu bezeichnen, was sie gewiss dort nicht sind. Ich schlage daher vor, unter „Perversion" eine angeborene, anomale sexuelle Reizerregbarkeit, die dementsprechend abnorme Akte auslöst, zu verstehen, was alle Fälle umfasst.

Man hatte sich nun gewöhnt, die verschiedenen abnormen Sexualäusserungen unter obige drei Rubriken zu bringen und dies auch nur erst in neuerer Zeit. Früher hielt man nämlich — offenbar unter den Nachwehen einer theo- und teleologischen Betrachtungsweise — Alles schlechtweg für Laster, für verabscheuungs- und strafwürdig. Allmählich lernte man aber diese fremdartigen Verirrungen nüchtern, klinisch-naturwissenschaftlich betrachten, wobei die Psychiater insbesondere bahnbrechend wurden, an der Spitze *v. Krafft-Ebing*. Erst schüchtern, dann nach und nach immer lauter drang die Meinung durch, dass ein grosser Teil besagter Abweichungen ab ovo, also angeboren oder besser gesagt: eingeboren (*Moll* 8, 18) — welchen Ausdruck neuerdings auch *v. Krafft-Ebing* (25) gebraucht — bestände, wobei freilich der Grad dieses endogenen Faktors verschieden stark bemessen wurde, wie auch das Verhältnis der eingeborenen zu den erworbenen Fällen.[1]) Denn an letzteren hielt man zunächst noch fest. Sah

[1]) Schon Aristoteles unterschied den geborenen Pathicus (πεφυκότες) von den durch Gewohnheit Verführten (ἐξ ἔθους), wie *v. Schrenck-Notzing* (20) mittheilt.

man doch alte roués, Wüstlinge, erst mit heterosexuellem Verkehre beginnen, dann durch „Reizhunger“ getrieben, denselben endlos variiren, schliesslich es mit einleitendem Sadismus, Masochismus paedicatio feminae etc. versuchen. Die Berichte über das Treiben in manchen Bordells grosser Städte, wie Hamburg, Berlin, Paris etc. mit ihren raffinirten Einrichtungen zur vielgestaltigen Befriedigung ihrer männlichen Klientel deckten ja ganz unglaubliche Dinge[1]) auf. Der Schluss lag also sehr nahe, dass dann bis zu alleinigem Sadismus, Masochismus u. s. f., ja bis zu homosexuellen Handlungen nur ein Schritt wäre.

Auch hierin war der Neuzeit eine Wandlung in der Meinung beschieden. Männer der höchsten Competenz behaupten nämlich, dass die Homosexualität[2]) speciell stets angeboren und nie erworben sei, und diejenigen Fälle, wo sie später aufträte, nur „tardive“, aber echte, wären. Der Begriff des Lasters ist hier also gänzlich fallen gelassen, damit auch der der Perversität, von den Surrogat-Handlungen abgesehen. Zugleich erkannte man specielle Zwischenstufen an und hier besonders den psychosexuellen Hermaphroditismus, bei dem die hetero- und homosexuelle Neigung sich die Waage halten, gleichzeitig nebeneinander bestehen oder miteinander abwechseln können.

Ich selbst habe mit den meisten Autoren bis jetzt an eine „erworbene“ Homosexualität geglaubt, ja dieselbe für viel häufiger gehalten als die angeborene Form, und sie daher als Laster bezeichnet. Wiederholt habe ich die Sache so dargestellt (*Näcke* 3, 4, 5, 6) und zwar auf Grund einer ziemlich ausgedehnten Litteraturkenntniss, ferner aus Analogiegründen, weniger leider auf eigene Erfahrung hin, da mir nur die so überaus seltenen Fälle von Päderastie in der Irrenanstalt zur Verfügung standen. Auch *v. Krafft-Ebing* stand früher auf dem gleichen oder ähnlichen Standpunkt. Jetzt aber hat er ihn scheinbar beträchtlich geändert und

---

[1]) *Taxil* (*Bloch* 22) berichtet z. B., dass in Paris Wüstlinge sehr häufig in coitu cum femina von deren Zuhälter gleichzeitig sich paediciren lassen! Bez. Hamburgs wurden mir von ganz wunderlichen Apparaten zur Befriedigung masochistischer Gelüste erzählt.

[2]) Im Folgenden werden der Abwechselung halber öfters im Sinne von Homosexualität die Ausdrücke: conträre Sexualempfindung, Uranisums, Inversion, drittes Geschlecht und gleichgeschlechtliche Liebe gebraucht.

erklärt die seltenen „erworbenen“ Fälle von Hom., als tardive, aber echte Hom. (*v. Krafft-Ebing* 9, 17, 25). *Moll* (*Praetorius* 15) erklärt, die Meinung des Erworbenseins von Hom. nach vorhergegangenem Wüstlingsleben sei ein „Märchen“, das in sachverständigen Kreisen keinen Glauben mehr finde. Freilich hält der Hauptvertreter der sog. „Erwerbungs-Theorie“, *v. Schrenck-Notzing* (20) auch nur auf geeignetem Boden eine Erwerbung für möglich, wie ich gleichfalls einen angeborenen Faktor hier stets voraussetzte. Es läuft also schliesslich vielfach nur auf blossen Wortstreit hinaus. Die Meisten nehmen einen mehr oder weniger angebornen Faktor an, der aber in den sog. erworbenen Fällen so gering dem agent provocateur gegenüber erscheint, dass man sie eben als „erworbene“ Fälle hinstellen kann. Bei den andern, angeborenen, trat die Hom. meist früh schon auf und ein agent provocateur war nicht vorhanden oder nur sehr gering. *Fuchs* (12) unterscheidet so scharf zwischen angeborenen Fällen, wo der Trieb gleich beim Erwachen der Libido ohne äussere Veranlassung sich konträr zeigt und Fällen mit angeborener anomaler Disposition, wo bestimmte äussere Einflüsse, besonders zur Zeit der Pubertät die Hom. erweckten.

Es fragt sich nun, ob es wirklich nicht Fälle geben kann, wo auch eine geringe angeborene Anlage völlig abgeht. In dieser überaus schwierigen Sache, wie auch bei vielen andern Problemen können selbstverständlich ein begründetes Urtheil nur wirkliche Sachverständige abgeben, d. h. solche, die Hunderte von Homosexuellen nicht nur flüchtig sahen, sondern genau bez. ihres Thuns und Treibens beobachteten, und so einen möglichst vollständigen Einblick in ihre eigenthümliche Psyche gewannen. Dergleichen Sachverständige deutscher Zunge unter den Schriftstellern über Homosexualität haben wir aber kaum ein Dutzend. Als solche kenne ich zur Zeit nur: *v. Krafft-Ebing*, *Fuchs* (Wien), *v. Schrenck-Notzing* (München), *Moll*, *Hirschfeld* (Berlin) und *Praetorius*. Alle die übrigen, so überaus zahlreichen Autoren sind in meinen Augen, da sie die obige Bedingung wohl kaum erfüllen, keine genügenden Sachverständigen. Sie haben alle nur wenig Fälle gesehen und dies meist in der forensen Praxis. Ihr Material ist ein viel zu geringes und gewöhnlich unter abnormen Verhältnissen beobachtet. Ihr Urtheil kann uns also nur sehr bedingt massgebend sein.

Wir haben daher vorläufig einfach die Meinung jener eigentlichen Sachverständigen anzunehmen, dass die Homosexualität stets mehr oder weniger angeboren ist, d. h. ohne den eingeborenen Faktor später nicht erworben werden kann. Trotzdem scheinen mir die Beweise hierfür noch nicht absolut sichere zu sein. Es fehlen zur Zeit zunächst Zahlenangaben über die Häufigkeit der sog. tardiven Fälle, die hier vor Allem in Betracht zu ziehen sind. Dabei sind selbstverständlich alle durch Krankheit bedingten Fälle von vornherein auszuschliessen. Nach *v. Krafft-Ebing* sind die tardiven Formen an sich sehr selten, nach Anderen nicht. Man muss also besonders auf Wüstlinge fahnden, die zuletzt auch auf Homosexualität geriethen, wie man bisher glaubte, was wieder die Definition vom Wüstling voraussetzt. Diese verlangt zum ersten einen starken Geschlechtstrieb, zum zweiten ein rücksichtsloses, oft gewaltthätiges Vorgehen in sexuellen Dingen und zum dritten, aber nicht absolut nöthig, das Aufsuchen besonderer Pikanterien vor oder während des Coitus, theils bez. der Personen des andern Geschlechts (sehr junge, alte etc.), theils bez. des Drum und Dran beim sexuellen Akte selbst, der vielfach variirt wird. Letzteres geschieht aus „Reizhunger", wie man sagt, meist auf dem Boden reizbarer Schwäche entstanden, oder einfach durch Nachahmung und Verführung. Diese abnormen Akte sind aber von echten Perversionen meist toto coelo verschieden und sind nur gewöhnliche Perversitäten, die, wie bei Surrogat-Handlungen, normalem Fühlen und Handeln später Platz machen können. Bei echter, vollständiger Perversion ist dies aber unmöglich und jeder normale Geschlechtsverkehr undenkbar oder nur mit grossem Ekel und Anwenden von allerlei geistigen Hilfsmitteln ausführbar.

Während die perversen Handlungen der Wüstlinge gleichwohl immer noch insofern mit dem Normalen zusammenhängen, dass sie gegen das andere Geschlecht gerichtet sind, ist das eigentliche homosexuelle Vorgehen, das auch bei Roué's vorkommen soll, uns zunächst ganz unerklärlich, und eine Brücke zum Verständnisse homosexuellen Fühlens — und das ist der Grundunterschied von blosser heterosexueller Päderastie oder einer homosexuellen Surrogats-Handlung — erscheint zunächst kaum möglich. Trotzdem halte ich dies doch nicht für ganz ausgeschlossen. Immer wieder ist aber vorweg zu betonen, dass man nicht jeden homosexuellen Akt

mit echter Homosexualität verwechseln darf. Jener kann ohne diese bestehen und umgekehrt. Die homosexuelle Handlung kann blosser Ausfluss des Detumescenz-Triebs sein, ohne dass dabei die Psyche selbst irgendwie homosexuell denkt und fühlt. Solche einfachen Detumescenz-Handlungen finden sich z. B. bei der temporären Homosexualität, die ich als „Surrogat“ bezeichnete, vor.

Wie steht es nun aber damit bei der tardiven Homosexualität, d. h., wo nach längerem heterosexuellen Verkehr der homosexuelle Charakter endlich durchbricht, wie *v. Krafft-Ebing* sagt? Der sog. „Reizhunger“ wäre dann nur das endliche Siegen der wirklichen Natur nach langem Tappen im Finstern. Ein jüngerer oder älterer Mann, mag er nun ein roué sein oder nicht, wird also zum ersten Male bei einer homosexuellen Handlung betroffen. Der Lebenswandel klärt uns nicht ohne Weiteres über seine wahre sexuelle Natur auf, da echte Homosexualität bei Wüstlingsleben bestehen kann. Eher spricht für Inversion ein musterhafter Lebenswandel, wo lange vor der ersten That homosexuelles Fühlen sehr wohl bestanden haben kann. Auch die Art des Orgasmus entscheidet nicht. *Moll* (30) schreibt: „Dass aber der Orgasmus sich in beiden Fällen (d. h. bei tardiver oder erworbener Homosexualität) verschieden verhalte, dafür scheint mir kein Anhaltspunkt vorzuliegen.“ *v. Krafft-Ebing* (9) betont, dass in den tardiven Formen das Gefühl des Unmoralischen, des Krankhaften der neuen Gefühlsweise den originären Fällen gegenüber bei dem Betreffenden sich geltend macht; ob immer, möchte ich einigermassen bezweifeln, jedenfalls spielt dies Moment bei unserer vorliegenden Frage keine Rolle.

Man wird jetzt zunächst forschen — ohne aber hineinzuexaminiren! —, ob der Betreffende und wie lange schon vor der inkriminirten Handlung sich zum gleichen Geschlecht seelisch und sinnlich hingezogen fühlte, vom andern dagegen abgestossen, selbst wenn er den normalen Coitus noch ausübte. *v. Krafft-Ebing* (9) legt grossen Werth darauf, wie lange schon vor der Masturbation konträre Sexualempfindung bestand. Aber Onanie fehlt sicher öfter ganz und gar. Freilich haben wir es hier immer nur mit subjectiven Angaben zu thun und man weiss, wie vorsichtig man gerade bez. der Sexual-Fragen sein muss. Auch wo keine Absicht der Täuschung vorliegt, kann der Ungebildete z. B. nur vage,

wenig brauchbare Angaben machen, während der Gebildete sein Fühlen und Denken gewöhnlich klarer darstellt.

Noch weiter werden wir in der Anamnese forschen. Ist in der Ascendenz und bei Collateralen Homosexualität nachweisbar, so ist dies ein wichtiger, obgleich ziemlich seltener Fingerzeig. Blosse, anderweitige hereditäre Belastung oder Bestehen einer psychopathischen Persönlichkeit bei dem Untersuchten besagt nichts für unsere specielle Frage. Wir müssen also vor Allem zusehen, ob wir gewisse objective Anhaltspunkte gewinnen können. Leider steht es damit schlecht genug. Die gewöhnlichen Stigmata, die ja nur selten fehlen, sind zu vieldeutig, um Licht zu verschaffen, ebenso Missbildungen der Genitalien, die bei Homosexuellen ausserordentlich selten sind und in gleicher Weise bei Heterosexuellen vorkommen. Wichtiger sind schon somatische und geistige Zeichen von Effeminismus oder Viraginität, die ja ziemlich häufig bei Homosexuellen auftreten, aber auch bei Normalen. *v. Krafft-Ebing* (17) speciell vermisst nie Hinweise auf eine bisexuelle Anlage bei der tardiven Form der gleichgeschlechtlichen Liebe, in Form vereinzelter, konträr körperlicher oder psychischer sekundärer Geschlechtsmerkmale. Ob sie nicht auch hier einmal fehlen können, wäre noch weiterhin zu untersuchen.

Als das wichtigste diagnostische Mittel zur Feststellung der echten Homosexualität möchte ich zur Zeit noch allein den Traum hinstellen, wo er sich sicher nachweisen lässt, wie ich dies schon öfter betonte (*Näcke* 4, 7), obgleich es sich auch nur hier um ein subjectives Zeichen handelt. Wer echter Homosexueller stets gewesen ist, wird nur homosexuelle Scenen träumen, wer psychosexueller Hermaphrodit ist, hetero- und homosexuelle, der Sadist nur sadistische, der Masochist nur masochistische Träume haben, der Exhibitionist im Traum nur exhibitioniren, wenn er sexuell erregt ist. Wo in den Biographien und Krankengeschichten speciell auf Träume geachtet wurde, habe ich Obiges stets bestätigt gefunden. Ein Heterosexueller wird nur heterosexuell träumen und zwar werden die einzelnen fetischistischen Elemente der normalen Liebe hier genau wiedergegeben. Lässt er sich durch Verführung zu homosexuellen Akten verleiten, so wird er trotzdem nur heterosexuell träumen oder höchstens hier und da einmal homosexuell. Denn sog. „Contrastträume", d. h.

solche, die dem ureigensten Wesen entgegengesetzt sind, können bisweilen bei Homo- und Heterosexuellen vorkommen. Es kommt eben Alles auf die Beobachtung einer Reihenfolge von Träumen an, die freilich nicht immer leicht zu haben ist. Auch *v. Krafft-Ebing* betont diese Wichtigkeit der Träume, ebenso *H. Ellis* (11) und *Féré* (23). Ja, der Letztere glaubt sogar, dass es Fälle gäbe, wo die Inversion sich allein auf die Träume beschränkt. Bei *Hirschfeld* (19) lautet eine specielle Frage im Fragebogen: „Beziehen sich die Liebesträume auf Personen desselben oder des andern Geschlechts?" Dabei muss man sich hüten, solche Träume durch directe Fragen zu suggeriren, so dass es besser ist, statt der directen Frage, wie bei *Hirschfeld*, anscheinend nur nebenbei sich Träume erzählen zu lassen. Aber auch nach einer solchen Reihe von Träumen werden wir nur mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit, nicht mit absoluter Sicherheit auf Hom. schliessen dürfen, ja nicht einmal bei den sog. angeborenen Fällen von Homosexualität, d. h. also wo die Inversion angeblich schon sehr früh auftrat und ohne[1]) nachweisbare Veranlassung. Das Angeborensein der Perversion wird zwar hierdurch und durch die Träume mehr als wahrscheinlich gemacht, jedoch nie so sicher wie z. B. das Angeborensein der Heterosexualität. Wir können nicht vorsichtig genug mit dem Wort „an- oder eingeboren" manipuliren und besser ist es, zu den wissenschaftlichen Skeptikern, als zu den Leichtgläubigen und Suggestionirten zu gehören. Selbst das ubiquitäre Vorkommen homosexueller Handlungen zu allen Zeiten ist für mich noch kein strikter Beweis für das Angeborensein der Homosexualität, ebensowenig wie therapeutische Erfolge in den tardiven Fällen ein Gegenbeweis ist.

Die Wüstlinge oder Solche, die ohne dies zu sein, später zu homosexuellen Akten übergingen, müssten also in obiger, kurz skizzirter Art und Weise genau untersucht werden, wobei natürlich auch das Leben zu Hause, die Beschäftigungen, die schriftlichen Auslassungen etc. mit berücksichtigt werden sollen, da es sich ja um die ganze Psyche handelt. Das auszuführen erscheinen

---

[1]) Wenn man keine Veranlassung nachweisen konnte, so ist dies natürlich noch kein strikter Beweis dafür, dass ein solcher wirklich fehlte. Es ist dasselbe Verhältniss wie bei der Lues in der Anamnese der Paralytiker.

mir die früher genannten Autoritäten am passendsten, weil ihnen das grösste Material dazu zur Verfügung steht. Aber jeder Andere kann auch einmal, besonders in gerichtlichen Fällen, solchen Personen begegnen und durch genaue Untersuchung derselben sich eventuell verdient machen. Denn es ist klar, dass, wenn auch nur ein Fall von spät auftretender Homosexualität sich nicht als tardiv, sondern als wirklich erworben erweisen sollte, dann die These, jede Homosexualität sei nur angeboren, nicht mehr allgemeingiltig sein kann. Wichtige Dienste können hier und in andern Fragen auch Homosexuelle selbst leisten, die meist einen grossen Kreis gleichfühlender Seelen kennen und darunter auch so manche Roué's. Freilich ist ihren Aussagen gegenüber stets grosse Vorsicht geboten, schon weil sie Partei sind. Auf alle Fälle müsste jede Suggestions-Wirkung auszuschliessen sein und sie dürften vom Zwecke der Fragen nichts ahnen.

Immer wird, wie wir sahen, der Nachweis einer möglichen tardiven Form von Homosexualität, gegenüber einer erworbenen, nicht nur anfangs Schwierigkeiten bereiten, wie *v. Krafft-Ebing* (9) sagt, sondern überhaupt. *Moll* (30) schreibt: „Die Frage . . . ist eine so komplicirte . . ., dass die Unterscheidung einer tardiven Homosexualität von einer erworbenen äusserst schwierig ist.“ So wird es denn nicht auffallen, dass selbst die Autoren, die am meisten für ein stetes Angeborensein der Homosexualität überhaupt eintreten, doch zum Theil gewisse Restrictionen machen; ja sich selbst sogar an verschiedenen Stellen zu widersprechen scheinen. *Moll* (18) sagt, dass man wenigstens in einer grösseren Anzahl von späten Fällen eine angeborene Anlage hier annehmen müsse. An anderer Stelle (30) schreibt er wörtlich: „Ich halte es für möglich, dass der indifferencirte Geschlechtstrieb bei einer grossen Zahl von Personen auffallend lange bestehen bleibt, und das, was dann als Homosexualität imponirt, vielleicht nur das Nachklingen eines indifferencirten Geschlechtstriebs ist . . . Endlich möchte ich Sie darauf aufmerksam machen, dass das Entstehen einer tardiven Homosexualität durchaus denkbar ist. Wenn wir überhaupt die Möglichkeit einer eingeborenen . . . Homosexualität zugeben, so werden wir auch nicht die Möglichkeit einer tardiven Homosexualität bestreiten können, denn es giebt auch eine tardive Heterosexualität.“ In der ersten Auflage seines Buches über Inversion erklärt er

(*Ellis* 11), dass die erworbenen Fälle fast nicht existiren; in der zweiten Auflage, dass solche zwar vorkommen, aber doch nur selten seien, womit *Ellis* einverstanden ist, der jedoch gleichzeitig hinzufügt, dass Hom. vielleicht auch in diesen Fällen angeboren sei. *Ellis* kennt nur drei solcher Fälle. *Moll* (8) sagt weiter: „Ich glaube kaum, dass jemals ohne ererbte Schwäche der Heterosexualität eine dauernde Homosexualität gezüchtet werden kann." Aber er setzt gleich hinzu, dass die Möglichkeit der Erwerbung auch dann nicht sicher zu bestreiten sei. An anderer Stelle endlich meint er: ob durch Uebersättigung beim normalen Menschen Homosexualität erzeugt werden kann, sei nur „mit grosser Einschränkung zu bejahen", während er dies anderwärts geradezu als ein „Märchen" bezeichnete, wie wir früher sahen. Positiv für ein Wüstlingsleben als Ursache der Inversion tritt *Féré* (23) ein, wenn er sagt: „La péderastie peut-être le résultat de la luxure et de la dépravation", doch nimmt er stets ausser dem agent provocateur noch eine Disposition an. Letztere, die er als unerlässliche Bedingung voraussetzt, sieht *v. Krafft-Ebing* (9) in einer wahrscheinlich vorhandenen „latenten Homo-, oder mindestens Bisexualität."

Diese specielle Frage erfordert also noch durchaus weitere Untersuchungen, vorab bez. der Frage, ob es ein absolut sicheres und womöglich objektives Mittel zur Feststellung des Angeborenseins der Homosexualität überhaupt giebt, wenn keine Traumfolgen zur Verfügung stehen, die mir, wie gesagt, vorläufig immer noch das beste diagnostische Reagens zu sein scheinen. Erst dann wird sich weiter die Frage entscheiden lassen, ob es auch Fälle ohne jede angeborene Anlage giebt und das ist ja das punctum saliens. A priori möchte ich dies nicht ganz verneinen, schon weil die Natur niemals Sprünge macht. *Praetorius* (15) behauptet zwar, dass nirgends ein Umschlag von Gefühlen vorkomme, aber er hat dies noch erst zu beweisen vermocht. *v. Römer* (16) spricht von der Liebe eines Jünglings, der als Liebling eines wahren Uraniers homosexuell fühlte, aber später, wenn er kein geborener Uranier ist, allmählich Liebe zu Frauen zu fühlen beginnt. Damit giebt er also eine Umschlagsmöglichkeit zu, die Andere wiederum stikte leugnen.

Bei den nicht so seltenen homosexuellen Verhältnissen in Internaten etc., die später allerdings, soweit es sich nicht um echte

Uranier handelt, auseinandergehen, entwickelt sich hie und da, glaube ich, doch ein gewisser Kontrektationstrieb und derselbe könnte vielleicht einmal durch Anwachsen in einen dauernden Zustand übergehen, ohne dass eine eigentliche Veranlagung da zu sein brauchte. Dasselbe wäre wohl auch bei einem Wüstlinge denkbar, der schliesslich auf homosexuelle Akte gerät. Ist dem aber so, dann handelt es sich nur um Gradunterschiede zwischen solchem rudimentären Kontrektationstrieb und dem ausgebildeten der Homosexuellen, der hier ausserdem gleichfalls alle möglichen Intensitätsgrade aufweist. Als Korrelat dazu müssten dann allmählich die hetero- in homosexuelle Träume übergehen und letztere stabil bleiben. Die Möglichkeit eines solchen Verhaltens wird man wenigstens zugestehen. Der Beweis dafür steht freilich noch aus. In ähnlicher Weise könnten vielleicht auch andere Perversionen einmal erworben werden, wie Sadismus, Masochismus, Fetischismus[1]) u. s. f. Die Onanie ferner führt bekanntlich nicht selten zu mutueller Masturbation. Auch hier liesse sich ein gewisser Kontrektationstrieb auch ohne angeborene Anlage wohl annehmen. Sollte aber selbst eine angeborene Veranlagung minimalsten Grades in den Fällen vorübergehenden homosexuellen Fühlens da sein, so wären diese schliesslich keine eigentlichen

---

[1]) *v. Krafft-Ebing* (9) hält den Fetischismus im Gegensatze zu Sadismus und Masochismus nicht für „fertig angeboren", sondern stets für erworben. Hier erlaube ich mir doch ein kleines Fragezeichen, da ich glaube, dass die veranlassende Ursache nur bei dazu Disponirtem Fetischismus erzeugen kann. Ebenso halte ich andauernde und übermässige Onanie nur bei dazu Veranlagten für möglich, da die erworbene Form nur vorübergehend ist. Sehr komplizirt scheinen mir die Verhältnisse bei Exhibitionismus zu liegen. Bisweilen scheint er bei nicht psychopathischen Personen vorzukommen (Fall von *Hoche* bei *v. Krafft-Ebing* 9). Er muss dann auch angeboren sein können. Zur Psychologie des Fetischismus wird meist angeführt, es geschähe, um die libido dadurch anzureizen, dass die Mädchen oder Frauen beim Anblicke der entblössten Genitalien sexuell erregt würden. Dies möchte ich aber als den entschieden seltneren Modus betrachten, wo überhaupt von bewussten oder halbbewussten Motiven die Rede sein kann. Der Fetischismus scheint mir nämlich in den meisten Fällen ein sadistischer Akt zu sein, indem der Thäter sich an dem psychischen Shok der unfreiwilligen Zuschauer weidet und sexuell aufregt. Und dass die meisten Frauen und Mädchen bei solchem Anblicke in Entsetzen gerathen und nicht in sexuelle Erregung, das dürfte wohl sicher sein. Das Andere wird meist nur bei Depravirten stattfinden.

Surrogat-Akte mehr, sondern es bestände hier eine minimale, überwindbare Perversion. Sie würden dann weiter mächtig für die Theorie der bisexuellen Anlage des Menschen sprechen.

Ich habe hier, wie man sieht, immer nur mit Möglichkeiten gerechnet, da ich keine strikten Beweise dafür vorbringen kann. Ebensowenig aber glaube ich, lassen sich zur Zeit triftige Gegenbeweise geltend machen. Man sieht jedenfalls, dass die Frage nach einer wirklich erworbenen Perversion, d. h. ohne alle jede Veranlagung dazu, bis jetzt noch nicht als endgiltig entschieden zu betrachten ist und durchaus noch weiterer Forschung bedarf.

Selbst aber, wenn stets eine angeborene Anlage vorhanden sein muss, so spielt jedenfalls ihr Grad eine bedeutende Rolle. Je grösser dieser Faktor ist, um so geringer braucht die auslösende Ursache zu sein, ja, sie kann vielleicht, wie wir oben sahen, einmal ganz fehlen. Bei geringer Anlage dagegen ist das Milieu sehr bedeutsam und *Moll* (18) sagt ausdrücklich, dass auch dort, wo Anlage da ist, noch nicht daraus folge, dass sich Homosexualität entwickeln müsse. Gerade aber, bez. der den Ausbruch der Perversion begünstigenden Momente fehlt es uns noch sehr an Wissen. Während von vielen Seiten vor Allem die Onanie als solche bezeichnet wird, leugnen dies grosse Kenner, wie z. B. *Hirschfeld* und *Praetorius*. Ja, Letzterer behauptet sogar, sie sei meist nur Folge der Homosexualität. Dass auch gewisse Anomalien der äusseren Genitalien (angeborene Phimose, Kürze des Frenulums, kleiner Penis, Hypospadie etc.) Inversion nach sich ziehen können, haben besonders *Féré* (23) und *Picqué* (29) dargethan. Aber auch hier ist sicher eine angeborene Anlage nöthig, da nur ein minimaler Teil der so behafteten Männer homosexuell werden. Auf das Wüstlingsleben als agent provocateur ward schon früher eingegangen. Von den Einen unbedingt oder bedingt bejaht, wird es von den Andern entschieden geleugnet. Es kommt eben Alles darauf an, ob man den irgendwie geschwächten Geschlechtstrieb eine grosse Rolle spielen lassen will oder nicht. Jedenfalls scheint dies Moment, besonders wenn es angeboren ist, von Belang zu sein. Fast wichtiger scheint mir aber ein mögliches, irgendwie bedingtes Anwachsen der angeborenen, latenten Homosexualität zu sein. Ob dagegen je Lektüre über

Geschlechts-Perversionen allein Inversion erzeugen kann, wie Einige behaupten (z. B. *Bloch*, *Sänger*), erscheint mir mehr als problematisch. *Hirschfeld* leugnet dies stricte.

Ebenso unterliegt auch die Stärke und die Zeit des Auftretens der Libido bei Invertirten noch vielfach der Diskussion. Die Meisten scheinen ein frühzeitiges Sich-kundgeben und eine besondere Stärke derselben anzunehmen. Letzteres wird aber von Vielen wieder geleugnet und es wird, scheinbar mit gutem Grunde, gesagt, dass der Geschlechtstrieb dort kaum stärker als normal und nicht öfter unbezwinglich erscheine, als der heterosexuelle.

Nehmen wir nun aber an, dass die Homosexualität, auch die tardive Form, stets angeboren sei, was folgt daraus? Dass sie kein Laster, sondern nur eine andere Bethätigung des Geschlechtstriebs darstellt, die aber darum noch keine pathologische zu sein braucht, weil sie nur in einer kleinen Zahl von Fällen vorkommt. In jeder Species fast finden sich gewisse Spielarten, die für sich bestehen und durchaus nicht krankhafte sein müssen. Sie sind höchstens abnorm, wenn man mit *v. Römer* (16) als „normal" das bezeichnet, was der Mehrzahl eignet. Unberechtigt glaube ich, erscheint es ferner, die Homosexualität deshalb als pathologisch, als krankhaft zu bezeichnen, weil sie der Fortpflanzung nicht dient, ganz abgesehen davon, dass trotz Inversion Manche noch Kinder zeugen können. *v. Römer* sagt sehr richtig, dass von den vielen Coitus-Akten während einer Ehe nur ein verschwindend kleiner Theil wirklich von einer Fortpflanzung gefolgt ist, die übrigen de facto also nicht dazu dienten, dass ferner viele natürlich sterile Ehen (alte Männer mit jungen Weibern etc.) beständen, wo von vornherein jeder Zweck der Fortpflanzung wegfällt. Und wie steht es mit den Unzähligen, besonders Frauen, die zwar den Geschlechtstrieb besitzen, ihn aber durch Umstände gezwungen nie bethätigen können? Die normale Libido dient also hier nothgedrungen ebenso wenig der Fortpflanzung, wie die perverse bei den Homosexuellen. Freilich ist die Fortpflanzungsfähigkeit in allen angeführten Fällen z. Th. pontentiell da, bei den Invertirten meist aber nicht. Dem Manne geht überdies gewiss stets, der Frau meist der sog. „Fortpflanzungstrieb" ab. Wiederholt ist endlich mit Recht gefragt worden (*v. Römer*, Anonymus (13), *Katte* (14) etc.), ob denn der Geschlechtstrieb allein Fortpflanzung

bezwecke, wenn man überhaupt teleologisch sprechen will. Denkt man sich nämlich denselben verringert, so würde damit zugleich eine Menge der nützlichsten männlichen und weiblichen Eigenschaften verloren gehen, und ohne Geschlechtstrieb hätte unsere Cultur nie ihre Höhe erreicht. Man denke z. B. nur an die wenig empfehlenswerthen Eigenschaften frühzeitig Kastrirter! Es lässt sich ferner nicht leugnen, dass gerade unter den Homosexuellen eine grosse Reihe führender Geister sich befinden, die unendlich mehr für die Welt thaten, als wenn sie bloss leibliche Kinder erzeugt hätten. Denn schliesslich ist der Mensch doch nicht blosses „Geschlechtsthier" oder sollte es wenigstens nicht sein. Uebrigens sind die Invertirten nach Ansicht der Kenner durchaus nicht alle die Engel, wofür Manche sie ausgeben wollen. Es finden sich darunter genau dieselben Schattirungen von kalten und sinnlichen Naturen, edlen und gemeinen vor, wie bei den Heterosexuellen, also auch Wollüstlinge, Roué's (*Praetorius* 13). Am abgeschmacktesten erscheint aber der ästhetische Standpunkt den Homosexuellen gegenüber. Wiederholt ist mit Recht darauf hingewiesen worden, dass die Päderastie an sich kaum unästhetischer, als der normale Coitus ist, und es sollen überhaupt nur ca. 6 pCt. (*Merzbach*[1]), nach *Hirschfeld* 8 pCt. der Homosexuellen active oder passive Päderastie treiben. Hält man aber die Homosexuellen wirklich alle für Entartete, so wäre die teleologische Auffassung Schopenhauer's, dass die Inversion — er spricht zunächst allerdings nur von der im späteren Alter auftretenden, da er offenbar die originären Formén nicht kennt — ein geeignetes Ausmerzungsmittel von Degenerirten sei, noch gar nicht so übel und man könnte dann im Interesse der Gattung nur wünschen, dass recht viele der Entarteten homosexuell und somit meist zeugungsunfähig wären.

Rein naturwissenschaftlich betrachtet und losgelöst von den angelernten moralischen Grundsätzen, die ja z. Th. nur zeitliche Erscheinungen sind, kann man selbst die Päderastie an sich kaum unnatürlicher finden, darum auch nicht unmoralischer, als den hetereosexuellen Geschlechtsverkehr. In beiden Fällen handelt es sich, wie *v. Römer* sagt, um Abstossung eines dem Körper unnützen, ja gefährlichen Stoffs, der Sperma's. Unmoralischer

---

[1]) Siehe IV. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen etc.

höchstens nur dadurch, dass die Gattung eventuell Einbusse an Menschenzahl erfährt, was sicher nicht immer ein Schaden ist.

Es fragt sich nun weiter, ob wir dafür Anhaltepunkte haben, dass nicht nur die Homosexualität keine eigentlich unnatürliche Bethätigung des Geschlechtstriebs ist, sondern dass die Invertirten trotz ihres homosexuellen Denkens und Fühlens — was ja die Hauptsache ist, während die homosexuellen Handlungen nur Nebensache sind — an Körper und Geist in der üblichen normalen Variationsbreite sich bewegen können. Hier gehen die Meinungen nun sehr auseinander. Die Meisten sagen kurz und bündig: Alle sind Entartete. Wirkliche Kenner dagegen drücken sich viel vorsichtiger aus. So kann Homosexualität nach *H. Ellis* und *Moll* (*Bloch* 22) bei im Uebrigen gesunden und normalen Menschen vorkommen und *Carpenter* (24) ist offenbar gleicher Meinung, da er ausdrücklich bemerkt: „the epithet „morbid“ will probably before long be abandoned as descriptive of the homogenic bias.“ Während *v. Kraff-Ebing* (9) die konträre Sexualempfindung als ein funktionelles Degenerationszeichen und als Theilerscheinung eines neuro(psycho)pathischen, meist hereditär bedingten Zustandes bezeichnet, sagt er andern Orts (25), man könne hier nicht von Krankheit sprechen, sondern nur von Anomalie, d. h. von einer Abweichung von der Norm der sexuellen Entwickelung. „Unter allen Umständen ist diese Anomalie mit geistiger Gesundheit verträglich.“ Ja er nennt die Homosexualität geradezu ein Aequivalent der Heterosexualität! *Moll* (8) hält mit *v. Schrenk-Notzing* (20) die Inversion für krankhaft, während *Cramer* (*Kautzner* 21) sie nicht für pathologisch erklärt, solange keine weiteren krankhaften Symptome da sind, womit er, glaube ich, völlig im Rechte ist. *Moll* (8) hält aber sogar eine eventuell isolirtes Vorkommen der Inversion schon für eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, dies scheinbar im Gegensatz zu seiner obigen Aeusserung (*Bloch* 22). Selbst für *Hirschfeld* und *Praetorius* (15) ist die Homosexualität keine normale Erscheinung, doch auch keine unnatürliche. Nach *Féré* (23) ist sie ein schweres Stigma. Nehmen wir nun weiter hinzu, dass *Aletrino* (*Praetorius* 15) als Erster die Homosexualität auf einem wissenschaftlichen Congresse als normale Varietät des Geschlechtstriebs hinstellte, so sehen wir schon aus dieser kleinen Blumenlese, die wir beliebig vergrössern könnten, wie sehr das Bild noch

hin und her schwankt, wie aber doch gewichtige Stimmen für eine durchaus nicht immer krankhafte Bedeutung des Uranismus eintreten. Wie sind so grosse Meinungsverschiedenheiten zu erklären? Es liegt das wohl, glaube ich, einestheils an der oft ungenügenden Erfahrung der einzelnen Schriftsteller, andererseits an Unklarheiten verschiedener Begriffe.

Es handelt sich da nämlich besonders um die Begriffe: Stigma, Degeneration, Erblichkeit, neuropathologische Anlage, die vielfach sehr subjektiv aufgefasst werden. Ich will hier auf diesen Gegenstand nicht näher eingehen, da ich ihn oft schon ausführlich behandelt habe[1]. Erwähnen will ich nur, dass die Degeneration oder Entartung im Allgemeinen einen Zustand schlechter oder erschwerter Adaption an ein gegebenes Milieu bedeutet, meist in Folge einer angeborenen, bisweilen aber auch erworbenen, abnormen Gehirnkonstitution. Nach aussen giebt sich letztere meist durch somatische oder (noch wichtiger!) fnnktionelle Zeichen, Stigmata, kund. Angezeigt wird eine solche Entartung, oder sagen wir richtiger: minderwerthige oder inadäquate Reaktion des Gehirnlebens, ferner durch erbliche Belastung, die freilich auch fehlen k a n n. Hierbei ist aber nicht alles bei der Ascendenz oder den Collateralen Vorkommende von Bedeutung, sondern nur gewisse Zustände. Als solche habe ich stets hingestellt: Nerven-, Geisteskrankheiten, abnormen Charakter, Selbstmord, Apoplexie und Alkoholismus. Solches Vorkommen bei der Verwandtschaft macht dann die sog. erbliche Belastung aus, wobei selbstverständlich noch gar nicht gesagt ist, dass, wenn zwei verwandte Personen eins der obigen Zustände aufweist, ein w i r k l i c h e r erblicher Causalzusammenhang besteht. Es kann eben so gut nur der reine Zufall sein! Stigmen — vornehmlich solche körperlicher Art — zählen zunächst, kurz gesagt, zu den bei einem gegebenen Volke zu gegebener Zeit auftretenden, die Körperfunktionen meist nicht beeinträchtigenden s e l t e n e r e n anatomischen V a r i e t ä t e n. Dieselben imponiren jedoch erst dann als echte Entartungszeichen, wenn sie 1. sich häufiger

[1]) Ausser an anderen Orten, in dieser Zeitschrift und zwar im 55. Bd. S. 537 etc. (*Näcke*: Die sog. äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer etc.) und im 58. Bd. S. 1009 (*Näcke*: Einige „innere“ somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen u. s. f.).

und in stärkerem Grade bei Nerven-, Geisteskranken und Degenerirten aller Art zeigen; 2. im Verein mit andern Stigmen auftreten und endlich 3. diese letzteren am ganzen Körper möglichst verbreitet sind. Sie beanspruchen immer nur einen relativen, nie absoluten Werth, und ein einzelnes Stigma besagt nichts, da wohl kaum ein „Normaler“ ohne ein solches sein dürfte.

Untersuchen wir nun die Homosexuellen auf diese Verhältnisse hin, so findet sich in der That bei der Mehrzahl erbliche Belastung vor, die freilich auch bei vielen sog. Normalen vorkommt. Schwere erbliche Belastung, d. h. meist eine mehrfache, scheint bei Invertirten relativ nur selten zu sein und würde an sich den Betreffenden noch nicht ohne Weiteres zum Entarteten stempeln. Merkwürdig ist der Umstand, dass Homosexualität als solche nur selten vererbt wird oder sagen wir vorsichtiger: in der Ascendenz oder bei den Collateralen gleichzeitig vorkommt. Entartung braucht aber weiter auch dann noch nicht zu bestehen, wenn nur eine leichte neuropathologische Anlage da ist, die ja bei den heutigen „Normalen“ schon so häufig auftritt. Wir müssen eben auch hier eine gewisse Variationsbreite annehmen und nur von einer bestimmten, erst festzusetzenden Grösse ab von neuropathischer Anlage reden. Dabei ist aber auch nicht zu vergessen, dass eine solche nur s e k u n d ä r entstanden sein kann, was gerade bei den Homosexuellen durch die schiefe soziale Stellung, in der sie stehen, bedingt sein mag. Auch einige Stigmata, die gleichfalls noch in die normale Variationsbreite fallen können, machen wenig aus, wenn sie nicht gleichzeitig oben aufgestellte Erfordernisse erfüllen. Die Homosexuellen können bisweilen Kinder zeugen und scheinbar auch gesunde. Sie können vor Allem, wie früher gesagt ward, durchaus geistig normal erscheinen.

Wenn dies nun Alles wirklich der Fall ist, und viele bejahende Aussagen herüber liegen bereits vor, obgleich eingehende, umfassende, systematische und besonders statistische Untersuchungen an grossem Material z. Z. noch ausstehen —, so können wir nur folgern, dass es auch k ö r p e r l i c h u n d g e i s t i g v ö l l i g n o r m a l e H o m o s e x u e l l e g i e b t. Sollte sich deren Zahl als eine nicht unbeträchtliche dereinst herausstellen, so dürfte die Inversion dann einigermassen mit Recht als normale Varietät des Geschlechtstriebs hingestellt werden, wie *Aletrino* (*Praetorius* 15) und

Schrickert (28) es wollen. Noch mehr spricht dafür vielleicht der Umstand, dass die Inversion ubiquitär und zu allen Zeiten vorkommt und zwar nur, weil in früheren Zeiten und bei Uncivilisirten die echten Invertirten wahrscheinlich, wenn überhaupt, weniger schwer erblich belastet und seltener neurotisch waren als jetzt, sich somit den übrigen Normalen körperlich und geistig sehr näherten.

Wenn wir freilich sehen, dass gleichwohl in der Mehrzahl der Fälle bei Homosexuellen ein degenerativer Zustand nicht zu verkennen ist, der allerdings wohl nur selten als ein erheblicher sich darstellt, so werden wir doch, glaube ich, die Inversion als ein Stigma bezeichnen dürfen, wenn auch nicht für ein so schweres, wofür es früher gehalten wurde. Sahen wir ja schon bezeichnender Weise, dass die Inversion als solche blos abnorm selten sich fortpflanzt. Nur dann hat sie erhöhte Bedeutung, wenn noch weitere krankhafte Symptome hinzutreten. An sich schon, d. h. als ganz isolirtes Zeichen dastehend, werden wir auch bei sonstiger Normalität des Körpers und Geistes die Homosexualität wohl schon deshalb als Entartungszeichen ansprechen, weil es sich hier, wenn wir bez. der Homosexualität bei der anatomischen Theorie der Bisexualität stehen bleiben, die immer mehr an Boden gewinnt, um einen noch nicht normal differenzirten Geschlechtstrieb handelt. Dabei finden sich gewöhnlich auch mehr als sonst bei Normalen körperliche und geistige Zeichen der ursprünglichen bisexuellen Anlage vor und das bedeutet doch entschieden in der Ontogenese eine gewisse Inferiorität der Entwickelung. Insofern wird es auch nicht auffallen, dass bei derselben so häufig auch noch andere Mängel der Gehirnorganisation sich zeigen, da dann eben alle oder viele Gewebe mehr oder weniger diesem inferioren Typus folgen.

Giebt es nun aber, was sehr wahrscheinlich ist, wirklich körperlich und geistig ganz gesunde Uranier, so sind diese, meine ich, ebenso zurechnungsfähig wie geistig gesunde Heterosexuelle. Nur da, wo nachweisbar wirklich die libido unbezwinglich war — was sehr selten zu sein scheint und noch schwerer zu beweisen sein dürfte —, könnte von einer verminderten Zurechnungsfähigkeit oder vielleicht richtiger gesagt: partiellen Unzurechnungsfähigkeit (*Moll*) die Rede sein. *Moll* (8) freilich will in jedem Falle, wo etwa Inversion isolirt auftritt, dieselbe schon als eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit angesehen und behandelt wissen, da es sich

bei dem Geschlechtstriebe um ein psychisches Phänomen handle; und obwohl der Betreffende nicht im gewöhnlichen Sinne krank sei, so wäre sein Zustand doch ein krankhafter. Ich kann ihm hier, wie gesagt, nicht folgen. Anders steht es dagegen, wo eine sehr deutliche neuropathische Anlage mit oder ohne degenerative Grundlage erkennbar ist. Dann tritt die verminderte Zurechnungsfähigkeit in ihr Recht, wie auch bei solchen Heterosexuellen. Unter Umständen sogar volle Unzurechnungsfähigkeit. Aehnlich möchte ich auch alle anderen Perversionen beurtheilt wissen.

Man sieht, wie grundverschieden die Homosexualität, naturwissenschaftlich und nüchtern betrachtet, aussieht. Man kann nicht genug davor warnen, bei Untersuchung dieses psychologisch, sozial und forensisch so wichtigen „dritten Geschlechts" die beliebte moralische Brille aufzusetzen, statt dasselbe vorurtheilslos wie jede andere Naturerscheinung zu betrachten. Freilich ist es schwer, sich von den geistigen Fesseln seiner Zeit, seines Volkes, seines Standes und seiner Bildung loszumachen und in eine so total verschiedene Gefühlsweise, wie die der Uranier ist, sich zu versenken. Das wird aber trotzdem vom Gebildeten, noch mehr aber vom Forscher zu verlangen sein. Nicht das Ansammeln von Wissenswerthem ist das Hauptziel einer vernünftigen Erziehung, sondern das selbstständige Denken-Lernen und sich Losmachen von dem so allgemein beliebten und bequemen jurare in verba magistri.

Was die Sache speziell bei den Homosexuellen noch sehr komplizirt, ist der Umstand, dass nur sehr Wenige wirklich viele Invertirte in ihrer Häuslichkeit, in ihrem intimen Treiben studiren können. Wer sich aber für diese merkwürdigen Menschen interessirt, dem ist jetzt dazu eine sehr bequeme Gelegenheit geboten, auf die ich hier zuletzt noch hinweisen möchte. Dr. *Hirschfeld* (26) schreibt nämlich, dass das „wissenschaftlich-humanitäre Comité" gern wirkliche Interessenten in Kreise von Homosexuellen aller Art und aller Stände einführt, um ihnen ein selbstständiges und ungetrübtes Urtheil über diese Leute zu ermöglichen. „Die Erfahrung hat gelehrt — fährt er fort —, dass diese persönliche Bekanntschaft auf Heterosexuelle oft überzeugender wirkt, als die Lektüre aufklärender Bücher." Damit dürfte er sicher recht haben. Es wäre damit quasi eine „Homosexuellen-Klinik" geschaffen, die zu besuchen vor Allem dringend Denjenigen zu empfehlen ist, welche so leicht über

die Invertirten den Stab zu brechen geneigt sind, ohne sie wirklich zu kennen. Denn auch die Kenntniss einiger forensischen Fälle oder einiger Invertirter in der Privatpraxis ist als ungenügend zu bezeichnen, da sie nicht in die wahre Psyche derselben eindringt.

Zum Glück verbreitet sich jetzt mehr und mehr Licht über die wahre Natur des Uranismus und dies dank den Bemühungen namentlich von Aerzten und Psychiatern insbesondere, während die Juristen in Selbstzufriedenheit sich darum noch wenig kümmern. Das Buch *Wachenfeld's* (10) musste daher hier ein Ereigniss darstellen, obgleich es voller Blössen ist (*Praetorius* 15). Jedenfalls ist das Interesse, das neuerdings dem dritten Geschlechte entgegengebracht wird, nicht bloss „Modesache“, wie Einige vermeinen, sondern eine einfache Pflicht und Schuldigkeit. Handelt es sich doch nach der Schätzung von *Praetorius* um 25—30000 Homosexuelle in Deutschland, die zum Theil sehr nützliche Mitbürger sind, eine Zahl also, die durchaus keine quantité négligeable darstellt. Ausserdem bietet das Studium dieser Menschen ein vielseitiges psychologisches Interesse dar.

Alles drängt mehr und mehr dahin, dass der berüchtigte § 175 gestrichen werde, der sicher mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat. Die Hauptgefahr der Homosexuellen liegt nach der Meinung der Verfechter jenes Paragraphen darin, dass die Conträren bis dahin indifferente Naturen verführen (z. B. *Kautzner* 21). Diese Gefahr ist aber gewiss nur eine sehr geringe, da 1. die Zahl der Homosexuellen immerhin eine relativ sehr kleine, und 2. die der „indifferenten Naturen“ noch viel geringer ist. Gross dagegen stellt sich bei Aufrechterhaltung des obigen Paragraphen der Schaden durch das scheussliche Erpresserthum dar. Endlich ist nicht zu vergessen, dass die Schattenseiten der heterosexuellen Prostitution sehr viel grösser sind, als die der homosexuellen. Auf der andern Seite erscheint aber das andere Extrem sehr bedenklich, wenn *v. Römer* (16) nämlich behauptet, dass der heterosexuelle Jüngling durch die Liebe der Uraniers geistig und moralisch nur entwickelt werden könne und fast stets als besserer Mensch erscheine, als die Andern, welche „Lieblingsminne und Freundesliebe“ nie gekannt haben. Das könnte nur geschehen, wenn der Uranier ein edler Mensch ist, was durchaus nicht immer der Fall ist, und andrerseits

der Jüngling willig und fähig ist, höheren Lehren zu empfangen und sie zu verarbeiten. Ich unterschreibe dagegen ganz die Worte *Schrickert*'s (28): „Im übrigen möge man die Homosexuellen nach ihrer Façon selig werden lassen. Eine direkt physiologische und psychologische Gefahr bieten sie unter sonst gesunden sozialen Verhältnissen nicht.“ Man behandle sie also gesetzlich nicht anders als die Heterosexuellen. Vielleicht wird auch einmal die Zeit kommen, wo man ihnen auch sozial nicht anders begegnen wird.

Fassen wir zum Schlusse die Resultate unserer vorwiegend kritischen Studie zusammen, so würden sich folgende Leitsätze daraus ergeben, die einer eingehenden Prüfung wohl werth erscheinen.

1. Für viele Fragen auf dem Gebiete der Homosexualität kann nur eine genaue, persönliche Bekanntschaft mit sehr vielen Invertirten entscheidend sein. Dieser Forderung entsprechen z. Z. aber nur ganz wenig Sachverständige. Blosse gelegentliche Berührung mit dem dritten Geschlechte in foro oder in der Privatpraxis genügt hierzu nicht, wenn auch gelegentlich durch genaue Untersuchung Einzelner manches Brauchbare erzielt werden kann.

2. Die anatomische Theorie der Bisexualität gewinnt zur Erklärung der Inversion immer mehr an Boden und hat zweifellos die Zukunft für sich.

3. Alle frühzeitig auftretenden Fälle von Homosexualität und von andern geschlechtlichen Perversionen sind mehr als wahrscheinlich originär, d. h. eingeboren.

4. Das scheint aber auch mit der Mehrzahl der sog. „tardiven“ Fälle stattzufinden, obgleich vor Allem hier noch weitere Untersuchungen durchaus nöthig sind, da die Sachlage eine viel schwierigere ist, als bei den originären Formen. Vorläufig erscheint als bestes Kriterium einer angeborenen Veranlagung eine Reihenfolge homosexueller Träume, wo sie zu erlangen ist.

5. Z. Z. erscheint die Möglichkeit einer wirklich erworbenen Homosexualität oder einer anderen Perversion, also ohne vorhandene angeborne Veranlagung dazu, durchaus nicht ausgeschlossen.

6. Auf alle Fälle spielen bei der tardiven Form Gelegenheitsursachen eine grosse Rolle, die aber noch näher zu untersuchen sind. Onanie soll nach vorzüglichen Kennern keine solche sein, ebenso wenig ein vorangegangenes Wüstlingsleben.

7. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass es körperlich und geistig völlig normale Homosexuelle giebt.

8. Hier kann die Inversion als solche nicht als strafmildernd gelten, wenn sie nicht als unbezwinglicher Trieb nachgewiesen werden konnte. Es besteht also völlige Zurechnungsfähigkeit. Bei den übrigen Homosexuellen, sicher der Hauptmasse, wird der Grad der vorhandenen Entartung zu entscheiden haben, ob Zurechnungsfähigkeit, verminderte Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit auszusprechen ist.

9. Die Homosexualität an sich kann man als ein Stigma gelten lassen, wenn auch vielleicht nicht als ein so schweres, wie es vielfach hingestellt wurde.

10. Das ubiquitäre Vorkommen dieser Anomalie zu allen Zeiten spricht wahrscheinlich, wenn auch noch nicht sicher dafür, dass sie eine normale Varietät des Geschlechtstriebs sein muss.

11. Mag sie es nun auch sein oder nicht, so ist auf alle Fälle der § 175 zu beseitigen, da er mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat. Homosexuelle sind vor dem Forum nicht anders zu beurtheilen als Heterosexuelle.

12. Die ganze Frage der Homosexualität ist keine blosse „Modesache“, sondern eine ernst psychologische, forense und soziale. Man soll sie nur naturwissenschaftlich betrachten und untersuchen, nie aber vom theo-, teleo- oder gar ästhetischem Standpunkte aus. Immer sind die Uranier für den Staat und die Gesellschaft mindestens ebenso nützlich, wie die Heterosexuellen, nach gewissen Richtungen hin vielleicht sogar noch brauchbarer, was nie vergessen werden sollte.

Bibliographie.

1. *Näcke*: Der Alkohol als ätiologisches Moment bei chronischen Psychosen. Irrenfreund 1895.
2. *Näcke*: Problemi nel campo della funzione sessuale normale. Archivio delle psicopatie sessuali. 1896. Nr. 21.
3. *Näcke*: Die speciellen Perversitäten in der Irrenanstalt. Psychiatrische en neurologische Bladen 1899 und Wiener klin. Rundschau. 1899. Nr. 27—30.
4. *Näcke*: Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. Archiv f. Psych., Bd. 32, Heft I (1899).
5. *Näcke*: Un cas de fétichisme de souliers etc. Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique. 1894.

6. *Näcke*: Angebot und Nachfrage von Homosexuellen in Zeitungen. Archiv f. Kriminalanthrop. etc., 1902 (8. Bd.).
7. *Näcke*: Die forensische Bedeutung der Träume. Archiv f. Kriminalanthrop. etc., 1900 (3. Bd.).
8. *Moll*: Untersuchungen über die libido sexualis. Berlin, Fischer, 1897—98. 1. Bd.
9. *v. Krafft-Ebing*: Psychopathia sexualis etc. 11. Aufl. Stuttgart, Enke, 1901.
10. *Wachenfeld*: Homosexualität und Strafgesetz. Leipzig, Dieterich, 1901.
11. *Havelock Ellis*: Studies in the psychology of sexual inversion. 2° edition. Philadelphia. 1901.
12. *Fuchs*: Therapeutische Bestrebungen auf dem Gebiete sexueller Perversionen. IV. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. 1902. S. 177.
13. Anonymus. Homosexualität und Bibel. Von einem katholischen Geistlichen. Ibidem, S. 199.
14. *Katte*: Der Daseinszweck der Homosexuellen. Ibidem, S. 272.
15. *Numa Praetorius*: Bibliographie, homosexuelle, nebst Kritik. Ibidem, S. 670.
16. *v. Römer*: Randglossen über den Rapport der Dr. med. Aletrino etc. Ibidem, S. 921.
17. *v. Krafft-Ebing*: Neue Studien auf dem Gebiete der Homosexualität. III. Jahrb. f. sexuelle Zwischenstufen. 1901. S. 1.
18. *Moll*: Die Behandlung der Homosexualität. II. Jahrgang f. sexuelle Zwischenstufen etc. 1900. S. 1.
19. *Hirschfeld*: Die objective Diagnose der Homosexualität. I. Jahrb. f. sexuelle Zwischenstufen. 1899. S. 1.
20. *v. Schrenck-Notzing*: Beiträge zur forensischen Beurtheilung von Sittlichkeitsvergehen etc. Archiv f. Kriminalanthropol. etc. 1899, I. Bd., S. 5, 137.
21. *Kautzner*: Homosexualität etc. Ibidem, 2. Bd., S. 153.
22. *Bloch*: Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Dresden, Dohrn. 1902.
23. *Féré*: L'instinct sexuel etc. Paris. 1899.
24. *Carpenter*: Homogenic love etc. Manchester. 1894.
25. *v. Krafft-Ebing*: Ueber sexuelle Perversionen. Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. 1901.
26. *Hirschfeld*: In memoriam. Jahrbuch f. sexuelle Zwischenstufen etc. 1902. S. 948.
27. *Hirschfeld*: Jahresbericht 1901. Ibidem, S. 957.
28. *Schrickert*: Zur Anthropologie der gleichgeschlechtlichen Liebe. Politisch-anthropol. Revue. 1902. S. 5.
29. *Picqué*: Etats psychiques et maladies des voies génito-urinaires de l'homme. Revue de psychiatrie etc. 1902. S. 318.
30. *Moll*: Brief vom 4. Juli 1902.

Nachtrag bei der Korrektur.

Zu No. 7 meiner Leitsätze bemerke ich noch Folgendes: Kürzlich stellten sich mir von auswärts zwei Homosexuelle vor. Der Eine, den ich seit vielen Jahren kenne, ohne von seiner conträren Libido etwas zu wissen, ist erblich etwas belastet, ein tüchtiger Landwirth und körperlich und geistig in der gewöhnlichen Variationsbreite absolut normal. Der Zweite, ein hochgebildeter Ingenieur schien mir letzteres auch zu sein, soweit eine längere examinatorische Unterhaltung es zu schliessen erlaubte. Hier gab es in der Familie einige Homosexuelle. Beide Uranier waren jung und sich Jahre lang über ihr Geschlechtsgefühl unklar gewesen, bis der Eine zufällig eine aufklärende Broschüre, der Andere die Psychopathia sexualis von *Krafft-Ebing* gelesen hatte. Man sieht also schon hieraus, wie wichtig es ist, anständige aufklärende Schriften über Inversion (Dr. *Hirschfeld* hat deren z. B. eine herausgegeben) zu verbreiten. Viele werden dadurch geradezu vor Irrwegen, namentlich vor der sehr schädlichen Ehe bewahrt und von Verzweiflung und Selbstmord gerettet. Der Landwirth erzählte mir, dass er nahe am Selbstmord war, bis er durch die Broschüre erfahren hatte, dass Viele so fühlten, wie er. Für mich ist es jetzt sicher, dass es ganz normale Homosexuelle giebt und deren Zahl scheint keine kleine zu sein. Bez. der Inversion erwähne ich hier gleich, dass, wenn ich nicht irre, Dr. *Hirschfeld* einen Entwickelungs- und einen Degenerationstypus der Homosexualität unterscheidet. Der Erste fasst die Normalen in sich, der Zweite die übrigen. Weiter will ich bemerken, dass *Wundt*, unser grösster Philosoph der Jetztzeit, als mittelbaren oder unmittelbaren Zweck des Lebens die Erzeugung geistiger Schöpfungen hinstellt (*Eisler*, *W. Wundt*'s Philosophie und Psychologie in ihren Grundlagen dargestellt. Leipzig, Barth, 1902, S. 183). Ich sehe darin nur eine Bestätigung dafür, dass der Geschlechtstrieb nicht einzig und allein die Zeugung bezweckt. Um endlich den homosexuellen Kontrektationstrieb uns vielleicht etwas verständlicher zu machen, sei an die Thatsache erinnert, dass der Geschlechtstrieb sehr wahrscheinlich aus dem Tastgefühl hervorging. Das Fühlen des warmen, weichen, duftenden Körpers liess allmählich eine neue Gefühlsart erstehen, eben das Geschlechtsgefühl. Hier war es zunächst irrelevant, welchem Geschlechte speciell der Körper angehörte. Später trat auch hier Differenzirung ein. Das conträre Sexualgefühl wäre demnach ein Rückschlag und als solches ein Stigma, was aber allein für sich bestehend, noch keine Entartung ausmacht, wie wir schon sahen. Dr. *Näcke*.

Kritische Beiträge zur Frage nach den Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche.[1]

Von

Dr. **Eduard Müller,** früherem Assistenzarzt der Klinik;
jetzigem Assistenzarzt der medicinischen Klinik in Erlangen.

In meiner Arbeit (1) „über psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns“ schloss ich mich der hauptsächlich von *L. Bruns* (2) betonten Anschauung an, dass die vielfach behauptete enge Beziehung des Stirnhirns zur Psyche sich zwar auf ein reichhaltiges Beobachtungsmaterial an Menschen und Thieren zu stützen scheint, bei vorurtheilsfreier Prüfung jedoch eines exakten Beweises noch durchaus entbehrt. Bei der Besprechung der von *Eleonore Welt* (3) citirten Fälle, welche eine Abhängigkeit gewisser, bei Affektionen des Stirnhirns konstatirter „Charakterveränderungen“ von einer Läsion orbitaler Theile desselben beweisen sollen, ergab sich die völlige Unhaltbarkeit dieser Anschauung; ich musste auch gegen die Annahme, dass die „Witzelsucht“ ein Lokalsymptom des Stirnhirntumors darstellt, zahlreiche Einwände geltend machen und mit Nachdruck insbesondere auf jene Fälle hinweisen, in denen auch bei Herderkrankungen in andern Hirnprovinzen dieses Symptom gefunden wurde (vergl. *Uhlenhuth* (4) *Höniger* (5). Auf Grund von 50 im Anschluss an eine Eigenbeobachtung unserer Klinik gesammelten Fällen analysirte ich die zahlreichen, ausserordentlich komplizirten Wechselbeziehungen

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik in Freiburg i./Br.

zwischen Herdaffektion der Frontallappen und psychischer Störung und betonte, dass ich bei der Verarbeitung dieses statistischen Materials keine auch nur einigermassen einwandsfreie Momente eruiren konnte, die zur Schlussfolgerung, dass psychische Störungen „Herdsymptome“ des Stirnhirns sind, berechtigen. Zur Vermeidung von Wiederholungen muss ich auf meine frühere Arbeit verweisen; ich kann deshalb manche, dort ausführlicher behandelte Einzelheiten hier nur flüchtig skizziren; eine Anzahl anderer Details aber muss an der Hand eines mehr als dreimal grösseren Materials, als es mir früher zur Verfügung stand, in breiterer Form zur Erörterung gelangen; ausserdem stellte sich die Nothwendigkeit heraus, einerseits mehrere, in der früheren Arbeit nicht gewürdigte Gesichtspunkte gebührend hervorzuheben, anderseits gewisse, dort niedergelegte, allerdings unwesentliche Thesen zu modifiziren. Die hier zu entwickelnden Anschauungen stützen sich auf eine kritische Sichtung von 164 Fällen (darunter eine Eigenbeobachtung) von Stirnhirntumor, die bereits zum Ausgangspunkt mehrerer demnächst erscheinender Arbeiten geworden sind. Ich schicke voraus, dass ich mich zur Zeit keineswegs für oder gegen die Anschauung, dass die Frontallappen eine besondere Bedeutung für die psychischen Funktionen besitzen, entscheiden kann und will; ich verwahre mich nur auf das Entschiedenste gegen die Behauptung vieler, insbesondere französischer und italienischer Autoren, dass die klinischen Erfahrungen bei Stirnhirntumoren für die Lokalisation psychischer Qualitäten in das Stirnhirn sprechen. Selbst unter der Voraussetzung, dass die Frontallappen thatsächlich für die psychischen Funktionen derart bedeutsam wären, halte ich die Verwerthung des bis jetzt vorliegenden klinischen Materials zur Begründung dieser These im Hinblick auf folgende Momente durchaus ungerechtfertigt.

1. Es ist zwar ohne Weiteres erklärlich, dass man zu Lokalisationsversuchen psychischer Qualitäten mit besonderer Vorliebe Fälle von Hirntumor herangezogen hat; in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen erreichen ja unter den Herderkrankungen des Stirnhirns nur die Tumoren eine solche Grösse, dass nach den Ergebnissen der physiologischen Forschung „Ausfalls-

erscheinungen“ zu erwarten sind. Wenn aber schon der Neurologe in Anerkennung der berechtigten Forderungen *Nothnagel's* hinsichtlich der Eigenart der zu lokaldiagnostischen Studien heranzuziehenden Affektionen die Hirngeschwülste bei lokaldiagnostischen Spekulationen nur mit grosser Vorsicht verwerthen darf, so muss sich erst recht der Psychiater bei dem Versuch, die bei Tumorkranken konstatirten psychischen Alterationen mit einer Läsion gewisser Territorien des Cerebrums in ursächliche Beziehung zu setzen, eine noch wesentlich grössere Reserve auferlegen, zumal er sich bei der Frage, ob der geregelte Ablauf der psychischen Funktionen an die Integrität mehr minder der gesammten Hirnrinde oder nur an gewisse Bezirke derselben gebunden ist, nur durch die exakteste makroskopische und mikroskopische Untersuchung des ganzen Cerebrums darüber orientiren kann, ob eine „Allgemeinwirkung“ des Herdes ausgeschlossen ist. Da aber fast alle Sektionsprotokolle, die bei Tumoren der Frontallappen auch nur mit einiger Genauigkeit geführt und in den Originalarbeiten wiedergegeben sind, schon makroskopisch die „Allgemeinwirkung“ des Neoplasmas durch die Registrirung von Hydrocephalus internus, Abflachung und Verbreitung der Gyri, Verstrichensein der Sulci u. s. w. erkennen lassen, ist ein Lokalisationsversuch an der Hand solcher Fälle nur unter der doppelten Voraussetzung möglich, dass einerseits klinisch die psychische Anomalie zweifellos längere Zeit vor den sog. Allgemeinsymptomen des Hirntumors auftrat, anderseits pathologisch-anatomisch auch bei anscheinend makroskopischer Integrität des übrigen Gehirns zumindest eine mikroskopische Untersuchung desselben unter Anwendung der besten Methoden (*Nissl*-Färbung, *Weigert*'sche Markscheidenfärbung u. s. w.) gemacht wird. Diese Voraussetzungen treffen in der grossen Mehrzahl der bis jetzt publizirten Fälle nicht zu; im Gegentheil — Geistesstörungen bei Stirnhirntumoren pflegen in jenen Fällen, in denen eine angeborene oder erworbene neuro- bezw. psychopathische Disposition fehlt, in der Regel zeitlich mit andern Allgemeinsymptomen (Trübungen des Sensoriums, Stauungspapille u. s. w.) aufzutreten und überall da, wo man eine mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde in hinlänglich exakter Weise vornahm, fand man alle Theile der Hirnrinde erkrankt und die Entfernung des Tumors von den erkrankten Rindengebieten ohne sichtlichen Ein-

fluss auf diesen Befund (vergl. *Gianelli* (9). Es ist bei Stirnhirntumoren ganz unnöthig auf den Einwand zurückzugreifen, dass auch beim Fehlen einer mikroskopisch nachweisbaren anatomischen Läsion eine Schädigung der Funktion der Hirnrinde keineswegs ausgeschlossen ist; es genügt fast stets schon der makroskopische Befund am Gehirn, um jeden, auch noch so verführerischen Versuch einer Lokalisation psychischer Funktionen a priori illusorisch zu machen. Auch bei der Versuchsanordnung thierphysiologischer Experimente dürfte es sich in Zukunft dringend empfehlen, „psychische Ausfallserscheinungen" nicht ohne Weiteres auf die operative Entfernung eines oder beider Frontallappen an sich zurückzuführen, sondern zuerst durch eingehende makroskopische und mikroskopische Untersuchung der restirenden Theile des Cerebrums den nahe liegenden Einwand auszuschliessen, dass infolge der erheblichen operativen Verringerung der Grosshirnmasse schon durch Alteration der Druckverhältnisse im Schädelinnern, Cirkulationsstörungen, sekundäre Degenerationen u. s. w. eine Schädigung der zurückbleibenden Nervenelemente eingetreten ist (vergl. *Friedmann* (7).

2. Es ist zweifellos richtig, dass in einer immerhin erheblichen Zahl der Fälle von Stirnhirntumor schon in früheren Stadien der Erkrankung eine mehr minder ausgesprochene „Demenz" registrirt ist, die auf den ersten Blick zur Annahme enger Beziehungen zwischen Stirnhirn und Intelligenz verleiten kann. Damit, dass man in Krankengeschichten sich begnügt, mit dürren Worten zu vermerken: „Patient ist etwas dement", oder „Patient erscheint schwachsinnig" u. s. w., hat man aber natürlich für die kritische Nachprüfung keineswegs bewiesen, dass diese Diagnose auch richtig ist. Finden sich in den Orginalarbeiten nun die Componenten, aus denen die Diagnose Demenz resultirte, mit hinreichender Genauigkeit verzeichnet, so kann eine psychiatrische Analyse mühelos beweisen, dass in der Mehrzahl solcher Fälle die Diagnose „Demenz" nicht nur mangelhaft begründet, sondern auch auffallend häufig ohne Zweifel eine Verwechslung mit Benommenheit hauptsächlich leichteren Grades vorlag. In einer demnächst erscheinenden Arbeit von Dr. *Bárány* ist eine Eigenbeobachtung unserer Klinik beschrieben, welcher die häufig recht schwierige Differential-

diagnose zwischen Demenz und leichterer, aber mehr persistirender Trübung des Sensoriums oder „funktioneller“ Schädigung der corticalen Nervenelemente infolge der durch Allgemeinwirkungen des Tumors bedingten Ernährungsstörungen in vorzüglicher Weise illustrirt. Die Thatsache, dass durch Benommenheit ausserordentlich häufig eine „Demenz“ vorgetäuscht wird, rechtfertigt wohl meine untenstehende kurze Skizzirung der Psychopathologie der Benommenheit leichteren Grades.

3. In Aetiologie und Symptomatologie der Geschwülste der Frontallappen spielt die angeborene und erworbene neuro- bezw. psychopathische Prädisposition eine bisher weit unterschätzte Rolle; in meiner Arbeit über die Aetiologie und pathologische Anatomie der Geschwülste des Stirnhirns (8) habe ich die einschlägigen Resultate meiner Statistik in eingehender Weise hervorgehoben und insbesondere betont, dass die erbliche Belastung nicht nur durch Keimesabänderung und intrauterine Erkrankungen der Frucht, sondern auch durch Geburtsschädlichkeiten bedingt sein kann; ich erinnerte daran, dass man die grössere Häufigkeit der Idioten beim männlichen Geschlecht auf die grössere Häufigkeit der Schädel- und Hirnverletzungen bei der Geburt männlicher Kinder zurückgeführt hat und stellte die These auf, dass auch dieses Moment zu den Faktoren rechnet, die die grössere Häufigkeit der Hirngeschwülste — dieselbe macht sich nicht nur beim Erwachsenen, sondern schon im Kindesalter geltend — erklären können. Die These beruht natürlich vorerst nur auf klinischen Spekulationen; immerhin erschien es mir vortheilhaft, sie zur Diskussion zu stellen, um in zukünftigen Fällen zu Recherchen zu veranlassen. Mit besonderem Nachdruck hob ich weiterhin hervor, dass alle jene Momente, welche man bisher als ursächliche und prädisponirende Faktoren der Hirngeschwülste (Traumen, Alkoholismus, Lues u. s. w.) bezeichnet hat, auch zu den häufigsten Ursachen der erworbenen neuro- bezw. psychopathischen Prädisposition gehören. Entwickelt sich z. B. im Anschluss an ein Trauma eine Hirngeschwulst, die unter andern klinischen Symptomen auch zu einer psychischen Störung führt, so muss eine einwandsfreie Epikrise zugeben, dass das Trauma nicht nur für die Entstehung eines Hirn-

tumors ätiologisch bedeutsam sein, sondern auch die Prädisposition zu der durch Allgemeinwirkungen des Tumors ausgelösten psychischen Erkrankung schaffen kann. Dass aber überall da, wo eine durch angeborene und erworbene Verhältnisse bedingte neuro- bezw. psychopathische Veranlagung besteht, der psychopathologische Prozess sich zeitlich im Krankheitsbild unter der Rückwirkung eines Hirntumors früh dokumentiren und im Allgemeinen auch späterhin mit besonderer Intensität hervortreten wird, bedarf kaum einer Erklärung; ich wies schon früher darauf hin (1), „dass bei ererbter und erworbener Anlage zu geistigen Erkrankungen die Grösse des von Hirntumor gesetzten Reizes im Missverhältnis zur Intensität der Reaktion steht, sodass schon relativ geringfügige Einwirkungen der Geschwulst, welche das vorher intakte Cerebrum kaum alteriren, den labilen Gleichgewichtszustand des Disponirten aufs Schwerste erschüttern können". Daraus resultirt, dass alle Fälle, in denen der Tumor die psychische Erkrankung nicht ursächlich bedingt, sondern bei Individuen mit angeborener und erworbener Veranlagung ausgelöst hat, zu lokaldiagnostischen Spekulationen gänzlich unbrauchbar sind. Das Wechselverhältnis zwischen Tumor und Psychose kann aber von Fall zu Fall nur unter der bisher nur in einer verschwindenden Zahl von Fällen zutreffenden Voraussetzung eruirt werden, dass die psychiatrische Seite zukünftiger Fälle eine eingehendere Würdigung erfährt. Dieses Wechselverhältnis kann, wie ich auch hier kurz skizziren will, ein dreifaches sein und zwar entweder *im Sinne einer Superordination* des Tumors, insofern der Tumor bei vorher intakter Hirnrinde schon an sich zu einer psychischen Störung führt (Allgemeinwirkungen!) oder bei vorhandener Disposition eine geistige Erkrankung auslöst oder durch Hinzutreten zu einer Psychose dieselbe verschärft und modifizirt, oder *im Sinne eine Coordination*, insofern Tumor und Psychose sich in letzter Linie auf der gemeinsamen Basis einer durch angeborene und erworbene Verhältnisse bedingten Veranlagung (hereditäre Disposition, Alkoholismus, Traumen, Arteriosklerose, Syphilis) entwickeln, oder *im Sinne einer Subordination des Tumors*, insofern eine bestehende Psychose die Entwicklung eines Tumors begünstigen kann; ausserdem ist natürlich noch eine rein zufällige, zeitliche Coordination möglich.

4. Nach der Ansicht mancher Autoren, insbesondere auch *Gianelli's* (9), muss die Thatsache, dass nur Tumoren des Stirnhirns von Anfang an psychische Störungen aufweisen, ihren Grund in besonderen anatomischen Bedingungen des Frontallappens haben; demgegenüber muss vorerst betont werden, dass initiale psychische Störungen auch bei Tumoren anderer Hirnprovinzen sich finden; diese Thatsache findet ihre ungezwungene Erklärung dadurch, dass überall da, wo eine Hirngeschwulst bei zu psychischen Störungen disponirten Individuen sich entwickelt, naturgemäss Neubildungen der verschiedensten Territorien des Cerebrums eine Psychose auslösen können. Psychische Alterationen können deshalb — wenigstens vom klinischen Standpunkt aus — nur unter der Voraussetzung als „Herdsymptom" des Stirnhirns aufgefasst werden, dass dieselben bei diesem Sitz einerseits auch bei den zu Psychosen und Neurosen nicht disponirten Individuen als initiales Symptom der Hirngeschwulst ganz besonders häufig sind, anderseits zeitlich mit Sicherheit den sogenannten Allgemeinerscheinungen vorangehen. Der letztere Gesichtspunkt ist gerade bei Neoplasmen der Stirnlappen von grösster Wichtigkeit; ich habe bereits früher (1) die Ueberzeugung ausgesprochen, dass bei Geschwülsten dieser Region psychische Erkrankungen schon deshalb häufig das erste klinische Symptom sein müssen, weil jene Neoplasmen hauptsächlich beim Sitz im rechten Lappen und in den vorderen Partien deutliche Lokalsymptome nicht zu bedingen pflegen und demgemäss bei fortschreitender Grössenentwicklung der Geschwulst das initiale Bild durch Allgemeinsymptome, zu denen ich die psychischen Störungen rechne, beherrscht wird. Dass unter den Allgemeinsymptomen mit einer gewissen Vorliebe psychische Erkrankungen prävaliren werden, ist im Hinblick auf die intensivere Schädigung der Hirnrinde infolge der besonderen Grössenentwicklung der Stirnhirntumoren (vergl. die diesbezüglichen Angaben in meiner Arbeit: Zur Aetiologie etc.) und in Berücksichtigung der Thatsache leicht verständlich, dass beim Mangel erkennbarer Lokalsymptome dem Untersucher Geistesstörungen um so mehr imponiren, während ausgesprochene Herderscheinungen dieselben in den Hintergrund drängen bezw. ganz verschleiern können. Zweifellos sprechen für die Auffassung *Gianelli's* aus den genannten Gründen höchstens solche Fälle von

Stirnhirntumor, in denen zur Zeit der anscheinend initialen psychischen Störungen keinerlei sog. Allgemeinsymptome (Erbrechen, Veränderung der Pulsfrequenz, Stauungspapille, Trübungen des Sensoriums, epileptische Hirnveränderung u. s. w.) bestehen. Aus der Zahl von 122 Beobachtungen, in denen genauere Angaben über die ersten klinischen Erscheinungen der Erkrankung an Stirnhirntumor registrirt waren, konnte ich aber nur 29 finden (also kaum 25 pCt.), die dieser Anforderung entsprechen; zudem betreffen unter jenen 29 Fällen 14 Kranke mit angeborener bezw. erworbener Prädisposition zu Geistes- und Nervenkrankheiten. Bei der Auswahl konnten naturgemäss nur solche psychische Störungen berücksichtigt werden, welche nicht den Charakter unverkennbarer Benommenheit (s. u.) trugen. Wesentlich anders gestaltet sich allerdings das Zahlenverhältnis unter der Voraussetzung einer Berücksichtigung aller jener Fälle von Stirnhirntumor, in denen im Beginn des Leidens zeitlich neben „Allgemeinerscheinungen" auch irgendwelche psychische Alterationen konstatirt wurden. In diesem Fall verschiebt sich die Prozentzahl von 25 pCt. auf etwa 50 pCt. Es muss aber der Hinweis darauf fast überflüssig erscheinen, dass man in jenen Fällen, in denen gewisse Allgemeinsymptome einer Geschwulst — wenigstens nach der zur Zeit herrschenden Lehre — die Folge des allgemeinen Hirndruckes sind, klinisch konstatirte Psychosen keineswegs ohne Weiteres als Herdsymptom des Stirnhirns auffassen darf; im Gegentheil — es müssen die oben genannten Zahlen nothwendig einen Beweis für meine Auffassung darstellen, dass das frühzeitige Auftreten psychischer Störungen bei Geschwülsten der Frontallappen durchaus nicht für die Annahme enger Beziehung zwischen Stirnhirn und Psyche verwerthet werden kann. Man wird mir einwenden, dass eine grosse Zahl der in meine Statistik aufgenommenen Fälle den Ansprüchen der Jetztzeit nicht mehr genügt und zu erheblichen Fehlerquellen Anlass giebt. Dieser Einwand ist gänzlich hinfällig, wie man sich bei der Durchsicht der von *Oppenheim* und *Bruns* — den besten Kennern der Stirnhirntumoren — veröffentlichten Krankengeschichten leicht überzeugen kann. *Oppenheim* (10) z. B. hat 11 Fälle von Stirnhirntumor (No. 115—125 incl.) in seiner bekannten Arbeit publizirt und registrirt nur in einem Fall (116) eine

initiale psychische Störung, die zudem sehr wahrscheinlich auf Zustände leichter Bewusstseinstrübung zurückzuführen war.

5. Man hat behauptet, dass die psychischen Störungen bei einer doppelseitigen und vor Allem symmetrischen Affection der Frontallappen stets besonders hochgradig sind, und in diesem Befund einen weiteren Beweis für die Beziehungen zwischen Stirnhirn und Psyche gesehen. Eine doppelseitige Läsion kann nun bei Stirnhirntumoren auf verschiedene Weise zu Stande kommen; entweder handelt es sich um das gleichzeitige Vorkommen von Tumoren in jedem Lappen oder um isolirte Geschwülste, die infolge ihrer Entwicklung in medialen oder basal-medialen Bezirken des Stirnhirns zeitlich schon relativ früh beide Hemisphären alteriren oder um anfänglich sicherlich einseitig gelegene Neoplasmen, die bei fortschreitender Grössenentwicklung nicht nur in die andere Hemisphäre direkt hineinwachsen, sondern auch eine derartige Volumzunahme des betreffenden Lappens bedingen können, dass der benachbarte Lappen comprimirt und in seiner Funktion geschädigt wird. Fälle der zuletzt genannten Kategorie sind zwar nicht selten, aber nach meinen früheren Ausführungen zu lokaldiagnostischen Schlüssen werthlos; doch verfügt meine Statistik über 22 Fälle, in denen sich getrennte Tumoren in beiden Lappen entwickelten oder eine isolirte Geschwulst infolge ihres Ausgangspunktes schon in frühen Stadien beide Hemisphären afficirte. Ich will, um einen leichteren Vergleich der Befunde zu ermöglichen, das Wesentlichste der einzelnen Fälle in einer Tabelle übersichtlich zu gruppiren versuchen. (Siehe S. 839—843.)

Bei der Analyse dieser Beobachtungen müssen wir einige Gesichtspunkte berücksichtigen, deren Vernachlässigung zu Täuschungen Anlass geben muss. Vorerst könnte der Befund, dass psychische Störungen hauptsächlich dann ausgeprägt sind, wenn beide Stirnlappen von einem oder mehreren Tumoren durchsetzt sind, ganz ungezwungen dadurch erklärt werden, dass unter dieser Voraussetzung event. neben der Multiplicität der Neoplasmen die quantitativ sehr erhebliche Verringerung der Grosshirnmasse und eine besonders intensive Allgemeinwirkung der Herderkrankung die eigentliche Ursache darstellen. Weiterhin muss jeder Autor, der eine Geistesstörung, vor Allem eine intellektuelle oder gemüthliche

Autor	Alter	Geschl.	Path.-anat. Befund	Initialsymptome	Psych. Befund
. *Oppenheim* (10) Fall No. 120)	57	m.	Myxosarkom beider Stirnlappen an nahezu symmetrischen Stellen (medial-basal. Bez.). Der linksseit. Tumor taubeneigross, der rechtsseit. d. grösst. Theil des Lappens einnehmend.	Kopfschmerz, Roth- und Blauwerden im Gesicht, Sprachstörung, Schwindelanfälle.	Benommenheit.
. *Wooster* (11) (No. 163)	30	m.	Tumor beider Stirnlappen an symmetrischen Stellen in d. weiss. Substanz (der linkss. wallnussgross, der rechtss. von ähnlich. Grösse; im wesentlich. basal gelagert).	Fortwährendes Erbrechen mit Uebelkeit, zunehmende Erblindung.	Deprimirter Gesichtsausdruck. Benommenheit. (Kein nachweisbar. Intelligenzdefekt.)
. *Frahm* (12) (No. 53)	52	m.	Sehr blutreiches Gliom beider Stirnlappen; Medianfläch. der link. Hemisphäre nach rechts vorgewölbt; der linkss. Tumor von 4—5 cm, der rechtss. von 2 cm Durchmess.; ziemlich genau an symmetrischen Stellen im Marklager (im Wesentlichen mehr medial).	Initiale psychische Störung (Nachlässigkeit, Gleichgiltigkeit, gemüthliche Stumpfheit, zunehm. intellektuelle Schwäche), dabei aber Erbrechen und Unreinlichkeit mit Urin und Koth.	Intellektuelle Schwäche. Anklänge an „Witzelsucht".

Autor	Alter	Geschl.	Path.-anat. Befund	Initialsymptome	Psych. Befund
4. *Williamson* (13) (No. 158)	23	w.	Metastatische Sarkome in beiden Frontallappen (an der Oberfläche der Präfrontalreg. links, im langen Durchmesser F_2 entsprech. Tumor von 2″:1½″, im Mark rechts mehrere kleinere Geschwülste.	Unwohlsein, Kopfschmerzen, Anfall von Bewusstlosigkeit von mehrtägiger Dauer.	Benommenheit
5. *Baraduc* (14) (No. 5)	51	w.	2 krebsige Tumor. (je einer im Stirnl. jeder Seite).	?	Melancholie (? ? Demenz.
6. *Bartum* (15) (No. 6)	34	w.	Grosser Tumor in beiden Vorderlappen.	Kopfschmerzen seit 10 Jahren.	Intelligenz intakt; schliessli Apathie.
7. *Petrina* (16) (No. 131)	60	m.	Mächtiges, v. Sept. ausgehendes Gliom, beide Vorderlappen fast völlig erfüllend. Sklerose der Basalarterien; hochgradige Erweit. der Hinterhörner der Seitenventrikel.	Stirnkopfschmerz, Körperschwäche, Schwindelgefühl, Unsicherheit beim Gehen, Blasenschwäche.	Sensorium anfän lich klar; kindisc euphorisches Wese später Unruh Stimmungswechsel fortschreit. Demen
8. *Pettersen* (17) (No. 133)	19	m.	Grosser Tumor in beid. Frontallappen, am vord. Theil d. Corp. call. und d. fornix.	?	Abnahme der I telligenz. (Dauer 2½ Jah nebenbei epilep Anfälle und Amau rose.)

Autor	Alter	Geschl.	Path.-anat. Befund	Initialsymptome	Psych. Befund
9. *Richter* (18) (No. 139)	40	m.	Gliosark., welches sich in den Spalt zwischen beide Stirnlappen drängte und das Balkenknie hervorhob.	Zuckungen des Unterschenkels. Anfälle von Bewusstlosigkeit, in denen der Patient unzweckmässige Handlungen mit nachfolgender Amnesie beging.	„Epilepsie mit Geistesstörung.“ (Störung in der intellektuell. Sphäre, namentlich des Gedächtnisses. Wuthausbrüche, Demenz.) NB. Epileptisch seit annähernd 10 J.
0. *Clouston* (19) (No. 30)	62	w.	Sarkom zwischen beiden Stirnlappen.	?	„Mania; Heilung; Recidive; Demenz.“
1. *Raymond* (20) (No. 137)	40	w.	Orangengrosses Neurogliom, hauptsächlich die mediale Seite beider Stirnlappen einnehmend.	Sehr heftige Kopfschmerzen. Krämpfe mit Bewusstlosigkeit	„Demenz“ (? ?). Benommenheit.
2. *Cohn* (21) (No. 32)	?	?	Hühnereigrosses Fibrom der medialen Stirnhirnfläche; zwischen den Hemisphären.	?	Erst gegen Ende Benommenheit.
3. *McDonall* (22) (No. 105)	48	m.	Endotheliom der Dura mater, sich von der Optikuskreuz. bis zur Spitze d. Frontallappen erstreckend; hauptsächlich F_1 beiderseits lädirend; im linken Temporosphenoidallappen Cyste.	Arbeitsunfähigkeit; Anfälle, einmal mit Sprachverlust, Unsicherheit b. Gehen; psychische Störung. →	(Potator; schweres Kopftrauma mit Schädelbruch und Verlust des rechten Aug.) Initiale Beeinträchtigungsideen; Beschuldigungen d. Ehefrau; Bedrohung der Umgebung; dann fortschreit. Demenz.

Autor	Alter	Geschl.	Path.-anat. Befund	Initialsymptome	Psych. Bef
14. *Otto*-Illenau (23) (No. 127)	37	m.	Hühnereigrosses Rundzellensarkom, das die Gyri recti beiderseits fast völlig zerstörte.	Schwindel, Psychose →	(Belasteter, mi begabter Schn trinker.) Verfolgungsid Wahn der ehel Untreue; Erregu zustände; Sin täuschungen; nehmende ge Schwäche.
15. *Griffith & Sheldon* (24) (No. 60)	23	w.	Mächtiges, die ganz. Unterfläch. der Stirnlappen einnehmendes, die weisse Substanz tief aushöhlend. Sarkom.	Links. Hinterkopfschmerz mit Uebelkeit und Erbrechen, zeitweise nächtliche Delirien, gelegentliche Erschwerung des Sehens und Hörens; geringe Gedächtnissschwäche.	„Nur gering geistige Störung."
16. *Petrina* (25) (No. 132)	30	w.	Cholesteatom, von der Pia der Basis in beide Stirnlappen hineinwachsend.	Langsam zunehmende Lähmung des seit der Kindheit schwächeren und kürzer. Beins; plötzlich auftretende epileptische Convulsionen.	Später „apathis
17. *Funajoli* (26) (No. 54)	?	w.	Mächtiges, von den Proc. clin. ant. ausgehendes, d. Orbitalfläche beider Stirnlappen grossentheils zerstörend. Sarkom.	Initiale psychische Störung.	6 Jahre in Irre anstalt; Grösse ideen; Illusionen Hallucinationen d Gesichtssinnes (w gleichzeitig in Fol völliger Sehnerve atrophie blind).

Autor	Alter	Geschl.	Path.-anat. Befund	Initialsymptome	Psych. Befund
Rosenthal (27) No. 140)	27	w.	Ueber der Spitze beider Stirnlappen mehrere bis haselnussgrosse Syphilome.	? Neuralgie im linken N. supraorbitalis u. infraorbitalis.	Angaben über den psychischen Befund fehlen.
Clouston (28) (No. 31)	25	m.	Gummata beider Stirnlapp.; im recht. ein erbsengrosses, im linken ein wallnussgrosses.	?	Benommenheit; (epilept. Anfälle!)
Lépine (29) (No. 94)	44	w.	Syphilom in der Fissur zwischen den Hemisphären links; im vorderen Theil rechts ein zweites grösseres.	Initiale Krampfanfälle mit nachfolgender Bewusstlosigkeit.	Leichte Benommenheit.
Weiss (30) (No. 156)	45	m.	Flächenhaft ausgebreiteter Tumor an der basalen und convexen Fläche des linken und an der Spitze des rechten Stirnlappens.	Kopfschmerzen, initiale, serienweise auftretende epileptische Anfälle.	Vergesslichkeit, psychisch. Schwäche.
Lépine (31) (No. 95)	37	m.	Gumma rechts nahe der Fiss. long.; fast symmetrisch links ein zweit. vernarbtes	Ueberschätzungsideen; Arbeitsunfähigkeit, Zuckungen in den oberen Extremitäten.	Anamnestisch: Excesse aller Art. Ueberschätzungsideen; Gedächtnissabnahme; Bizarrerien; später Coma.

Verblödung als Herdsymptom des Stirnhirns auffasst, nach den Gesetzen der Hirnlokalisation anerkennen, dass im Falle einer frühzeitigen, doppelseitigen Läsion ganz oder wenigstens annähernd symmetrischer Bezirke der Frontallappen die psychischen Störungen einerseits mit einer gewissen Gesetzmässigkeit schon vor dem Auftreten der sog. Allgemeinerscheinungen sich zeigen, anderseits auch im weiteren Verlauf der Erkrankung mit besonderer Deutlichkeit hervortreten müssen. Eine genauere Durchsicht der obigen Tabelle ergiebt nun ohne Weiteres, dass auch bei doppelseitigen Affectionen ein gesetzmässiges, frühzeitiges und intensiveres Auftreten psychischer Alterationen keineswegs constatiert werden kann; im Gegentheil — es beweisen eine Anzahl von Beobachtungen, in denen eine doppelseitige Affection auch symmetrisch gelegener Territorien vorlag, dass auch in derartigen Fällen sich nur die für Tumoren aller Hirnprovinzen spezifische psychische Störung, nämlich die Benommenheit, nachweisen liess. Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Nummern der Tabelle illustrirt und beweist diese Thatsache.

Die Vorliebe multipler, doppelseitiger Geschwülste des Stirnhirns zu annähernd symmetrischer Lagerung giebt einige Beobachtungen an die Hand, die zum Studium der Herdsymptome besonders geeignet sind; es handelt sich z. B. in Nr. 1, 2 und 3 der Tabelle um Fälle, in denen nahezu identische Bezirke des Marklagers beider Frontallappen betroffen waren. In Nr. 3 trat nun allerdings eine initiale psychische Störung auf mit dem Charakter eines Verblödungsprocesses; wenigstens registrirt die Krankengeschichte eine zunehmende gemüthliche Stumpfheit und intellektuelle Schwäche; auch unter der Annahme, dass hier eine „echte" Demenz und keine Verwechslung mit Benommenheit vorlag, berechtigt aber dieser Fall keineswegs zu weiteren Schlüssen; abgesehen davon nämlich, dass die Anamnese unter den Frühsymptomen cerebrales Erbrechen, sowie Incontinenz verzeichnet und damit schon auf das Bestehen von Allgemeinwirkungen hinweist, zeigt ein Vergleich mit den Fällen Nr. 1 und 2, dass doppelseitige, annähernd symmetrisch im Mark der Frontallappen gelegene und ausserdem noch ziemlich grosse Tumoren weder ein initiales Auftreten erkennbarer psychischer Störungen noch im ganzen Verlauf der Erkrankung, von Zuständen von Benommenheit sich unterscheidende, geistige Alterationen bedingen können; ich bin sogar — auch im Hinblick auf Nr. 19 dieser Tabelle — überzeugt, dass sie keine derartigen Erscheinungen zu bedingen pflegen, solange sie nicht durch Hirndrucksteigerung, Cirkulationsstörungen u. s. w. das gesammte Grosshirn in Mitleidenschaft gezogen haben. Diese

Annahme wird auch durch den Befund in Nr. 4, 5, 6, 7 und 8 durchaus bestätigt. Obwohl in Nr. 6 ein grosser Tumor beide Vorderlappen afficirte, blieb die Intelligenz intakt; in Nr. 4 bestand nur eine Trübung des Sensoriums; in den Fällen *Baraduc*, *Petrina* und *Pettersen* constatirte man zwar anscheinend einen Verblödungsprozess, der aber nach dem Sektionsergebniss bei der exquisiten Grösse und Multiplicität der Geschwülste recht gut auf die dadurch bedingte, intensive Schädigung des Grosshirns in toto bezogen werden kann. Dafür spricht auch die Thatsache, dass in dem Fall *Petrina*'s die psychische Störung erst späterhin auftrat. Wenn nun ein mächtiges, vom Septum ausgehendes, beide Vorderlappen fast völlig erfüllendes Gliom bei gleichzeitiger, hochgradiger Erweiterung der Hinterhörner und Sklerose der Basalarterie erst in späterem Verlauf der Tumorerkrankung (Fall *Pretina*'s) zu einer Verblödung führt, so liegt doch zweifellos die Annahme weitaus näher, dass die enorme Grössenentwicklung des Tumors, nicht der Sitz der Läsion im Stirnhirn an sich, für die psychische Erkrankung verantwortlich zu machen ist. (In den Fällen *Baraduc*'s und *Pettersen*'s fand ich leider keine Angaben über die Initialsymptome). In Nr. 9—13 d. T. lagen Tumoren vor, die in medialen Bezirken des Stirnlappens, bezw. zwischen denselben sich entwickelten; eine Durchsicht derselben ergiebt, dass keiner dieser Fälle zu lokaldiagnostischen Schlüssen verwerthet werden kann. In Nr. 9 handelte es sich um Geistesstörung bei Epilepsie (auch Absenzen!); dass in derartigen Fällen eine Psychose, ebenso wie die Epilepsie auf eine durch den Tumor bedingte epileptische Hirnveränderung zurückzuführen und nothwendig als „Allgemeinsymptom" aufzufassen ist, mit mindestens gleich grosser Berechtigung ebenfalls als „Allgemeinsymptom" betrachtet werden kann und muss, bedarf keines Hinweises, zumal hier die epileptischen Anfälle jahrelang der geistigen Alteration vorausgegangen zu sein scheinen: um angeborene Prädisposition zu psychischen Störungen handelte es sich sicherlich in Nr. 10 der Tabelle (Manie, Heilung, Recidive, Demenz), um erworbene in Nr. 13 (*Mac Donall*); in Nr. 11 folgte die psychische Störung, deren Charakter als Demenz wenigstens auf Grund der publizirten Krankengeschichte keineswegs sicher steht, Allgemeinsymptomen; in Nr. 12 (*Cohn*) ist nur über Benommenheit berichtet. Basale Affectionen mit doppelseitiger Läsion der orbitalen Bezirke der Stirnlappen sind in Nr. 14—17 berichtet (*Otto Illenau*, *Griffeth & Sheldon*, *Petrina*, *Funajoli*); in Nr. 14 war der Tumorkranke ein intellectuell schlecht begabtes, belastetes, dem Schnapsgenuss ergebenes Individuum; in Nr. 15 betonen die Verfasser die auffällig „geringe" geistige Störung; in Nr. 16 handelte es sich anscheinend nur um Benommenheit; nur in Nr. 17 lag eine initiale psychische Störung vor. Dass auch diese Fälle, ebenso wie die Beobachtungen Nr. 21 und 22 dieser Tabelle, nur für „Lokalisationsenthusiasten" Werth besitzen, ist nach meinen früheren Ausführungen selbstverständlich. Eine Besprechung der Fälle dieser Zusammenstellung ergiebt also ganz unzweifelhaft, dass auch in Beobachtungen mit doppelseitigen und sogar symmetrischen Affectionen der Stirnlappen

ein frühzeitiges, gesetzmässiges und deutliches Auftreten einer psychischen Störung bei Individuen mit fehlender angeborener und erworbener Prädisposition keineswegs „Regel“, sondern „Ausnahme“ ist; ich verstehe, wie ich aber nochmals betonen will, in diesem Zusammenhang unter einer psychischen Störung nur solche geistige Erkrankungen, die mit Sicherheit nicht auf Bewusstseinstrübungen zurückzuführen sind.

Unter dieser Rubrik will ich noch kurz auf einen neuerdings veröffentlichten Fall zurückkommen, um an einen Paradigma zu zeigen, wie auf Grund eines in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung nichts weniger als einwandsfreien Materials Lokalisationsversuche psychischer Qualitäten gemacht werden; es handelte sich hier um einen doppelseitigen, ganz symmetrischen, beiderseits auf die vorderen Partien der Frontallappen beschränkten Herd. Der Verfasser (32) meint nun, dass „dieser Fall, da das ganze übrige Gehirn mit Einschluss von Pons und Medulla keine gröberen Veränderungen zeigte, gleichsam ein von der Natur angestelltes Experiment darstelle und somit sehr geeignet sei, einen Beitrag zur Frage nach der Funktionsleistung des Stirnhirns zu liefern“. Es genügt wohl ein kurzer Hinweis auf die hauptsächlichsten Fehlerquellen dieser Beobachtung, um jede Verwerthbarkeit derselben zu lokaldiagnostischen Zwecken — wenigstens hinsichtlich der in diesem Fall constatirten psychischen Störung — a priori auszuschliessen. Ich hebe vorerst hervor, dass bei der Autopsie nur für das unbewaffnete Auge „gröbere Veränderungen“ fehlten; immerhin aber bestanden Verwachsungen der Dura längst des Sinus longitudinalis und Arteriosclerose der grösseren Gefässe — die kleineren wurden überhaupt nicht untersucht — und insbesondere der linken Carotis interna, die geradezu „hochgradig“ atheromatös entartet war. Nach dem jetzigen Stand unserer histologischen und färbetechnischen Kenntnisse genügt meines Ermessens eine wenig eingehende Betrachtung des Gehirns durch das Auge keineswegs, um den in Anbetracht der starken Arteriosclerose eigentlich selbstverständlichen Einwand auszuschliessen, dass die constatirte psychische Störung auf eine diffuse Anomalie der Hirnrinde und nicht auf den Erweichungsherd im Stirnhirn zurückzuführen ist. Auch unter der Voraussetzung, dass thatsächlich mikroskopische Präparate angefertigt worden wären, würde schon der klinische Befund einen lokaldiagnostischen Versuch an der Hand dieses Falls verbieten; der betreffende Patient, über dessen event. hereditäre Veranlagung und

frühere psychische Constitution verwerthbare Angaben fehlen, war nämlich Diabetiker, bei dem kurz vor seiner Aufnahme in die *Zacher*'sche Anstalt ein Zuckergehalt von 2 pCt. constatirt wurde und ausserdem „Spuren von Aceton“ sich fanden; weiterhin hatte der Patient nicht lange vorher „auf der Pariser Ausstellung sehr angestrengt und sehr üppig gelebt“, kam deshalb etwas „nervös“ zurück und zeigte endlich wenige Tage vor der anscheinend bei freiem Zustand des Sensoriums constatirten psychischen Störung deutliche Bewusstseinstrübungen, deren Charakter als „Allgemeinsymptom“ wohl zweifellos sicher steht. Wir erkennen daraus, dass auch dieser von *Zacher* publicirte Fall alle Fehlerquellen besitzt, die eine zu lokaldiagnostischen Zwecken verwerthbare Beobachtung nicht besitzen darf.

6. Wer die Auffassung vertritt, dass in den Stirnlappen und insbesondere in gewissen Territorien derselben psychische Qualitäten „lokalisirt“ sind, muss nach den Gesetzen der Hirnlokalisation zugeben, dass die durch Hirntumoren bedingten geistigen Alterationen „Ausfallserscheinungen“ darstellen, die im Falle einer totalen Zerstörung derartiger, mit psychischen Funktionen in Beziehung stehender Centren entweder dauernd irreparabel sind oder zumindest nur durch eine lange fortgesetzte psychische Schulung — in Folge einer vikariirenden Ausbildung anderer Rindenbezirke — ausgeglichen werden können. Führt also eine Hirngeschwulst zu geistigen Störungen mit dem Charakter eines Verblödungsprozesses, so kann ohne Zweifel eine durch den Tod von Stirnhirngewebe verursachte „Demenz“ unter der Voraussetzung, dass überhaupt eine Besserung der intellectuellen Schwäche eintritt, nach einer eventuellen operativen Entfernung der Neubildung sich nur ganz allmählich zurückbilden; ist aber die im Gefolge eines Stirnhirntumors eintretende „Demenz“ ein Allgemeinsymptom, d. h. auf eine diffuse Alteration der Grosshirnrinde zurückzuführen, so wird überall da, wo die Allgemeinwirkungen der Geschwulst noch nicht zu atrophischen Prozessen in der Rinde geführt haben, im Falle einer Beseitigung der Hirndrucksteigerung, Cirkulationsstörungen u. s. w. durch chirurgische Eingriffe zeitlich wenigstens annähernd parallel mit der Besserung oder dem Verschwinden anderer Allgemeinsymptome (Kopfschmerz, Stauungspapille u. s. w.) auch eine fortschreitende psychische Restitution eintreten können. Das psychische

Verhalten der Kranken mit Stirnhirntumor nach allen operativen Eingriffen, die ein Verschwinden, bezw. eine weitgehende Besserung des „gesteigerten Hirndrucks“ zur Folge haben, ist also das empfindlichste, oft mit Sicherheit entscheidende Reagens, ob eine psychische Störung bei Stirnhirntumor ein Lokal- oder ein Allgemeinsymptom ist. Es haben deshalb zur Entscheidung dieser Frage die folgenden Fälle, in denen bei Stirnhirntumoren mit ausgesprochenen, nicht den Charakter reiner Benommenheit tragenden psychischen Störungen operative Eingriffe gemacht wurden und darnach eine hinreichend lange klinische Beobachtung möglich war, ein ausserordentliches Interesse. Ich registrire dieselben deshalb unter Betonung der wesentlichsten Gesichtspunkte:

1. Nr. 38: Dévic et Courmont (33).

46jähriges Weib mit wallnussgrossem Gliom im rechten Stirnlappen. Schon früher gemüthlich sehr erregbare Person. Initiale psychische Störung; Vergesslichkeit; Stuporzustände; geistige Schwäche; Depression mit Selbstmordgedanken; dann motorische Unruhe; Automatismus ambulatorius; intellectuelle Schwäche. Hemiplegie links; Stauungspapille; Kopfschmerz. Nach der Operation Besserung der Kopfschmerzen, schon 48 Stunden später völliges Verschwinden der Stauungspapille; völlige Wiederherstellung der psychischen Funktionen in kurzer Zeit.

2. Durante (34).

35jährige Frau; seit einem Jahr Gedächtnissschwäche, Charakterveränderung (war früher lustig, nunmehr „traurig, melancholisch, schweigsam“, obwohl sie nicht über ihren Zustand zu grübeln schien). Operative Entfernung eines apfelgrossen linksseitigen Stirnhirntumors; 4 Tage später vorübergehende stärkere psychische Alteration in Folge Verstopfung eines Drains; nach 3 Monaten völlige geistige Restitution.

3. Rossolimo (35); Nr. 142.

38jähriger Offizier mit Gliosarkom und Cyste des rechten Frontallappens; belastetes, schlecht veranlagtes Individuum; Onanist; zweimal heftiges Trauma; Initialsymptom des Tumors, zunehmende Charakterveränderung; Gedächtnissschwäche, Zwangsimpulse; Zustände von hypochondrischer Depression. Kopfschmerzen, Erbrechen. Nach der Operation (Entleerung einer glattwandigen Cyste) Besserung der Kopfschmerzen, des Erbrechens und des psychischen Zustandes (bessere Laune anstatt der früheren gedrückten Stimmung, Besserung des Gedächtnisses und des Denkvermögens). Später Wiederkehr der Allgemeinsymptome.

4. Jaboulay (36); Nr. 75.

Kind; im Alter von 3½ Jahren Trauma; seither Kopfschmerzen, Reizbarkeit und vollständiger intellectueller Stillstand; einige Jahre später Auftreten von Zwangsimpulsen (schlägt mit den Fäusten gegen den Kopf oder den Kopf an das Bett, beisst sich in Hände und Arme). Trepanation ohne Eröffnung der Dura. Aufhören der Zwangsimpulse; Intelligenz auf der Stufe eines 3½jährigen Kindes stehen geblieben (s. ob.); 17 Tage nach Operation Tod. Section: Tuberkel im rechten Frontallappen.

Ein kurzer Blick auf diese Fälle überzeugt, dass bei Stirnhirntumoren operative Eingriffe zu einer auffallend raschen Besserung psychischer Störungen, die sich von reinen Bewusstseinstrübungen deutlich unterscheiden, führen können. Zweifellos stehen schon an sich die rasche Rückbildung derartiger geistiger Alterationen bei chirurgischer Entfernung der Geschwülste und das Einsetzen der psychischen Regeneration in zeitlicher Coincidenz mit dem Zurückgehen anderer Allgemeinsymptome (Stauungspapille, Kopfschmerz, Erbrechen) mit der kühnen Hypothese, dass diese psychische Störungen durch den Tod von Stirnhirngewebe bedingte „Ausfallserscheinungen“ seien, in schroffstem Widerspruch. In Anbetracht der Thatsache aber, dass nach den gesicherten Erfahrungen der Hirnchirurgie überall da, wo die Entfernung der Neubildung gar nicht oder nur theilweise gelang oder nur eine einfache Trepanation ohne Eröffnung der Dura gemacht wurde, die „Herdsymptome“ zweifellos bestehen bleiben, die „Allgemeinsymptome“ aber in Folge der Verringerung bez. der gänzlichen Beseitigung des „gesteigerten Hirndruckes“ meist zurückgehen, ist im Hinblick auf die beiden letzten Fälle und insbesondere auf die von *Jaboulay* beschriebene Beobachtung ein Zweifel daran, dass diese psychischen Störungen (keine Bewusstseinstrübungen!) „Allgemeinsymptome“ und keine „Herdsymptome“ sind, für eine sachgemässe Kritik unmöglich. Wir können natürlich keineswegs erwarten, dass nach Operationen, die in symptomatischer Hinsicht von vorzüglichem Erfolge sind, derartige psychische Störungen stets mit derselben Schnelligkeit zurückgehen, wie Kopfschmerz, Stauungspapille, Erbrechen und Bewusstseinstrübung. Bei

der Rückbildung der Stauungspapille z. B. sind mehr minder rein mechanische Prinzipien massgebend, während wir bei einer psychischen Regeneration uns erinnern müssen, dass die durch Allgemeinwirkungen des Neoplasma bedingte Schädigung der hochorganisirten Nervenelemente der Grosshirnrinde in jenen Fällen, in denen eine geistige Gesundung überhaupt noch möglich ist und atrophische Prozesse noch nicht eingetreten sind, bis zur völligen Restitution einer etwas längeren Zeit bedarf. Das gleichzeitige Einsetzen der psychischen Genesung aber mit der Rückbildung anderer Allgemeinsymptome ist meines Ermessens ein absolut sicherer Beweis, dass psychische Störungen keine „Herdsymptome“ der Stirnhirntumoren sind. Denn der Einwand, dass die „Charakterveränderungen“ nicht auf den „Tod von Stirnhirngewebe“, sondern auf eine Alteration der restirenden Territorien der Frontallappen zurückzuführen sind, würde dem Gegner derartige Waffen schmieden, dass eine Zurückweisung mit spielender Leichtigkeit gelänge. Ich brauche nur darauf hinzuweisen, dass eine durch die operative Entfernung beider Frontallappen bei Versuchsthieren angeblich eintretende „Charakterveränderung“ zu jenen „Beweisen“ gehören, die von den Anhängern der Lehre einer Lokalisation psychischer Qualitäten im Stirnhirn mit besonderer Vorliebe und weitläufiger Betonung ins Feld geführt worden; wenn nun die „Charakterveränderung“ nicht auf den Tod bez. die experimentelle Entfernung von Stirnhirngewebe, sondern auf eine Schädigung zurückbleibender Bezirke zu beziehen ist, so kann meines Ermessens die nach Exstirpation beider Frontallappen eintretende „Charakterveränderung“ zweifellos keine „Ausfallserscheinung“ sein. Die „Charakterveränderung“ muss dann nothwendig auf die an das Stirnhirn angrenzenden Partien des Grosshirns bezogen werden; man sieht, dass eine derartige Hypothese die besten Beweise für eine Lokalisation psychischer Qualitäten in das Stirnhirn jeglichen Werthes berauben und zu Waffen des Gegners machen würde.

7. Der Lehrsatz, dass Geistesstörungen bei Stirnhirntumoren häufiger sind als bei Geschwülsten anderer Hirnprovinzen, ist zwar mit grosser Wahrscheinlichkeit durchaus richtig, aber an der Hand eines einwandsfreien Zahlenmaterials keineswegs mit wünschenswerther Exaktheit bewiesen. Der exakte Beweis wird, wie ich schon in der früheren Arbeit angedeutet habe, nur dadurch zu

erbringen sein, dass auch bei Neoplasmen anderer Regionen das positive oder negative Resultat einer eingehenden psychischen Exploration stets registrirt und selbst in Fällen, in denen schwere somatische Erscheinungen die geistige Alteration zu verdecken drohen, dennoch eine möglichst genaue Analyse der Psyche versucht wird. Ist die Meinung erfahrener Neurologen nun richtig, dass die psychischen Störungen bei Stirnhirntumoren wesentlich häufiger sind, so sind meines Ermessens folgende Momente für diesen Befund ätiologisch verantwortlich.

a) Die Tumoren der Frontallappen zeigen sehr häufig eine auffallende Grössenentwickelung; ich verweise zum Beweis für diese Thatsache auf die Ergebnisse statistischer Recherchen, die ich an anderer Stelle (8) niedergelegt habe, und erinnere hier nur kurz daran, dass es sich in jenen Fällen, die als Paradigmen für eine besondere Grösse der Hirngeschwülste in der Literatur citirt werden, fast stets um Neubildungen des Stirnhirns handelte. Diese mit Sicherheit nachweisbare Eigenthümlichkeit der Stirnhirntumoren wurde schon früher, besonders von *Bruns*, hervorgehoben; ihre Erklärung macht keine Schwierigkeiten; die Entfernung von den lebenswichtigen Centren in der Medulla oblongata ist eine relativ weite; für die Fortdauer des Lebens bedenkliche Ausfallserscheinungen auf motorischem und sensiblen Gebiete fehlen sehr häufig; endlich ist — wenigstens während früherer Stadien der Tumorentwickelung — bei Neoplasmen des Stirnhirns im Vergleich z. B. zu Tumoren in der hinteren Schädelgrube, welche die grossen, für die Blutcirkulation im Gehirn ausserordentlich wichtigen abführenden Gefässe direkt verlegen können, ein langdauernder Ausgleich bez. eine Verringerung ihrer Allgemeinwirkungen (Cirkulationsstörungen, Hirndruck) möglich. Die Rückwirkung dieser Tendenz zu besonderer Grössenentwickelung auf die Häufigkeit der psychischen Störungen wird uns erst unter Berücksichtigung eines zweiten, ebenso wichtigen Momentes, nämlich der Krankheitsdauer bei Stirnhirntumoren, verständlich.

b) Schon theoretische Spekulationen weisen darauf hin, dass gerade bei Stirnhirntumoren erhebliche Differenzen zwischen der Dauer des pathologisch-anatomischen Prozesses und der klinischen Krankheitsdauer

möglich sind. Die grosse Mehrzahl der Geschwülste des Stirnhirns etablirt sich ja in Territorien, die nach dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse — wenigstens in praktischer Hinsicht — „physiologisch indifferent“ sind; dazu kommt, dass gerade bei Neoplasmen in der vorderen Schädelgrube günstige Bedingungen für einen Ausgleich der Allgemeinwirkungen in der ersten Zeit und für eine wesentliche Abschwächung derselben auch in späteren Epochen gegeben sind (s. ob.). Daraus resultirt mit Nothwendigkeit der Schluss, dass die Tumoren der Frontallappen in der grossen Mehrzahl der Fälle schon relativ lange bestehen, ehe sie überhaupt zu greifbaren Symptomen führen und ausserdem zu der Zeit, in der sie die ersten klinischen Erscheinungen und zwar mit Vorliebe natürlich Allgemeinsymptome bedingen, cum grano salis durchschnittlich schon grösser sind als Tumoren in physiologisch bedeutsamen Hirnprovinzen. Die Thatsache, dass Stirnhirntumoren sehr häufig einer relativ langen Zeitdauer bedürfen, ehe sie zu deutlichen klinischen Symptomen führen und auch dann, wenn Tumorerscheinungen sich bemerkbar machen, in Anbetracht einiger sub 1. betonter Gesichtspunkte (Entfernung von den lebenswichtigen Leuken in der Medulla oblongata u. s. w.) die Voraussetzungen für ein längeres Krankenlager gegeben sind, beweisen meines Ermessens die These, dass Stirnhirntumoren eine relativ lange Krankheitsdauer — sei es in pathologisch-anatomischer, sei es in klinischer Hinsicht — bedingen. Die Richtigkeit dieses Satzes steht keineswegs mit der klinischen Erfahrung, dass das Krankenlager bei Patienten mit Stirnhirntumor gar nicht selten anscheinend nur kurz ist, in unerklärlichem Widerspruch; wir können uns nämlich ungezwungen vorstellen, dass gerade bei solchen Tumoren, deren Allgemeinwirkungen durch regulatorische Einrichtungen — wenigstens in früheren Stadien der Erkrankung — ausgeglichen bez. wesentlich gemildert werden können, auch akute Insuffizienzen im Falle, dass eine weitere Compensation unmöglich ist, auftreten und zu einem auffallend raschen letalen Verlauf führen können. Derartige Fälle illustriren am besten die Differenz zwischen der Dauer des pathologisch-anatomischen Prozesses und des Krankenlagers; vielleicht unter dem Einfluss neuer Schädlichkeiten (Trauma, Infektionskrankheiten u. s. w.) versagt der regulatorische Apparat, und eine Geschwulst, die nach Grösse und histologischem Charakter zweifellos wesentlich

älter ist, führt nach kurzer Dauer der klinischen Symptome zum Tode. Ich schickte diese Vorbemerkungen deshalb voraus, weil ich eine fehlerhafte Interpretation meines nunmehr folgenden Zahlenmaterials über die klinische Krankheitsdauer bei Stirnhirntumoren befürchten muss; in 111 Fällen fanden sich verwerthbare Angaben; ich berechnete hieraus, dass etwa 60 pCt. der Patienten mit Stirnhirntumor innerhalb der ersten beiden Jahre sterben, während in ca. 25. pCt. die klinische Krankheitsdauer zwischen 2—10 Jahre und in ca. 15 pCt. über 10 Jahre betrug. Die Sterblichkeit im ersten Jahr war wesentlich grösser als im zweiten und betrug in der ersten Hälfte des ersten Jahres wiederum etwas mehr als in der zweiten Hälfte. Ein rascher Krankheitsverlauf — etwa bis zu 6 Monaten — lässt bei Stirnhirntumoren keinerlei einigermassen sichere Rückschlüsse auf die vorliegende Geschwulstform zu; auch bei einer Dauer bis zu 5 oder 6 Jahren wird man gut thun, derartige Spekulationen bei der Differentialdiagnose zwischen den beiden praktisch wichtigsten Geschwulstformen, den Gliomen und den Sarkomen, nur mit äusserster Reserve anzustellen; dauert aber die Krankheit auffallend lange — etwa 10 Jahre und darüber —, so darf man eher ein Gliom erwarten als ein Sarkom; eine derartig lange Krankheitsdauer ist gewöhnlich dadurch bedingt, dass die initialen Erscheinungen während langer Zeit durch epileptiforme und epileptische Convulsionen dargestellt werden. Bei Berücksichtigung der Thatsache, dass gerade bei Stirnhirntumoren ganz erhebliche Differenzen zwischen der Dauer des pathologisch-anatomischen Prozesses und des Krankenlagers möglich sind und meines Befundes, dass immerhin in 40 Cpt. der Fälle die Dauer der greifbaren klinischen Erscheinungen über 2 Jahre beträgt, ist wohl der Beweis für die These geliefert, dass die Stirnhirntumoren durchschnittlich auch eine relativ lange Krankheitsdauer bedingen — sei es in klinischer sei es in patholoisch-anatomischer Beziehung. Dass bei Geschwülsten des Stirnhirns auch die Berechnung der klinischen Krankheitsdauer eine schwierigere ist, bedarf kaum eines Hinweises; da die ersten klinischen Erscheinungen häufig sehr vage und wenig ausgesprochene Symptome sind, ist es für Arzt und Patienten schwer und mit grossen Fehlerquellen verknüpft, wenn

er einen mehr oder minder bestimmten Termin als denjenigen des Beginns bezeichnen muss; derartige Zeitangaben werden besonders in jenen Fällen, in denen als erstes Allgemeinsymtom eine psychische Störung unter der Form eines ganz allmählich sich entwickelnden Verblödungsprozesses oder einer „Charakterveränderung“ eintritt, nur sehr bedingten Werth besitzen. Wird in derartigen Fällen der Patient plötzlich durch ein alarmirendes Symptom (Krämpfe u. s. w.) überrascht, dann ist er leicht geneigt, die Dauer der prodromalen, vagen Symptome zu unterschätzen. Die besondere Grössenentwickelung der Stirnhirntumoren nun und ihre relativ lange Krankheitsdauer bedingen eine im Vergleich zu Tumoren anderer Hirnprovinzen längere und — wenigstens in späteren Stadien der Erkrankung — intensivere diffuse Schädigung der Grosshirnrinde, deren klinisches Symptom eine besondere Häufigkeit und Deutlichkeit psychischer Erkrankungen sein müssen. Auf diese Weise erkläre ich mir die hauptsächlich in späteren Stadien der Tumorerkrankung auftretenden Verblödungsprozesse in einer grossen Zahl der Fälle von Stirnhirntumor.

c) Ich habe schon früher auf die Gründe hingewiesen, warum gerade bei Stirnhirntumoren mit unverkennbarer Vorliebe das Initialstadium der Erkrankung durch „Allgemeinsymptome“ beherrscht wird. Die klinische Erfahrung bestätigt dies, lehrt aber gleichzeitig, dass unter den Allgemeinsymptomen Stauungspapille, Erbrechen und Pulsverlangsamung im Initialstadium gar nicht selten fehlen oder nur geringe Intensität erreichen, während leichtere Grade von Benommenheit und anscheinend auch bei freiem Zustand des Sensoriums sich dokumentirende psychische Anomalien, die auf Cirkulationsstörungen (s. u.) im Gehirn beruhen, ausserdem mässig ausgeprägter Kopfschmerz und manchmal auch Entladungen auf der Basis einer epileptischen Hirnveränderung mehr in den Vordergrund treten. Dieser Befund steht im Einklang mit der schon vom theoretischen Standpunkt aus wohlbegründeten Thatsache, dass gerade bei Stirnhirntumoren günstige Bedingungen für einen anfänglichen Ausgleich bezw. eine wesentliche Milderung der durch den Tumor bedingten Steigerung des Hirndrucks (s. oben) vorliegen (im Gegensatz z. B. zu den Tumoren in der hinteren Schädelgrube). Mit andern Worten: In der überwiegenden Mehrzahl der

Fälle von Stirnhirntumor bestehen schon zur Zeit des ersten Auftretens der klinischen Symptome Allgemeinwirkungen; diese Allgemeinwirkungen erreichen in früheren Stadien der Erkrankung recht häufig keine solche Intensität, dass sie durch Rückwirkung auf die Medulla oblongata häufiges Erbrechen und durch Hineinpressen des Liquor cerebri in den Subvaginalraum des Opticus Cirkulationsstörungen in diesen Nerven und damit das Bild der „Stauungspapille" hervorrufen; sie genügen aber immerhin zur Auslösung von Bewusstseinstrübungen leichteren Grades und sind ausserdem im Stande, besonders bei disponirten Individuen infolge der anfänglich zwar mässigen, aber anhaltenden und allmählich intensiver werdenden Cirkulationsstörungen Alterationen der Grosshirnrinde zu bedingen, die sich klinisch auch bei freiem Zustand des Sensoriums geltend machen. Ich habe schon sub 2 betont, dass die Differentialdiagnose zwischen „Demenz" und leichterer, aber mehr persistirender Trübung des Sensoriums oder psychischen Schwächezuständen, die auf der Grundlage einer — wenigstens in früheren Stadien — zweifellos reparablen Schädigung der corticalen Nervenelemente entstehen, gar nicht selten eine recht schwierige ist. Wir sehen jetzt, dass wiederum gerade bei Stirnhirntumoren die Gefahr derartiger diagnostischer Fehler besonders nahe liegt. Liest man nun die einschlägigen Krankengeschichten im Originale nach, so findet man, dass in der grossen Mehrzahl jener Fälle, in denen eine initiale „Charakterveränderung" oder ein initialer „Verblödungsprozess" registrirt wurde, zweifellos keine echte Demenz oder eine wahre gemüthliche Verblödung vorlagen, sondern leichtere Grade von Bewusstseinstrübung oder eine sog. „funktionelle" Demenz. Die Unterscheidung zwischen „echter" und scheinbarer Demenz ist gerade bei Hirntumoren allzu häufig mit solchen Schwierigkeiten verknüpft, dass sie nur durch stetige Beobachtung des Patienten mit Hilfe eines geschulten Personals und durch häufig wiederholte, eingehende Explorationen gelingt; sie wird besonders dadurch erschwert, dass diese „scheinbare" Demenz in späteren Stadien der Erkrankung thatsächlich eine „echte" werden und im Hintergrund einer leichten Trübung des Sensoriums gelegentlich auch in früheren

Epochen der Tumorerkrankung eine wahre Verblödung bestehen kann. Die Differentialdiagnose ist auch in praktischer Hinsicht sehr wichtig, weil die Aussicht auf eine psychische Regeneration nach einem chirurgischen Eingriff davon abhängt, ob die klinisch konstatirten psychischen Störungen „Ausfallserscheinungen“ darstellen oder auf temporärer, reparabler Schädigung der Grosshirnrinde beruhen. Ich will deshalb in kurzen Zügen das klinische Bild einer „scheinbaren“ Demenz entwerfen; ich benützte hierzu eine hochinteressante Eigenbeobachtung unserer Klinik, bei der eine häufig wiederholte und eingehende psychische Exploration möglich war. Um der demnächst erfolgenden Publikation dieses Falles durch Herrn Dr. *Bárány*, früheren Assistenzarzt der Klinik, nicht vorzugreifen, beschränke ich mich hier auf eine Skizzirung der Psychopathologie der Benommenheit leichteren Grades, insofern sich das klinische Bild derselben an der Hand dieses Falles konstruiren lässt; einige ergänzende Zusätze verdanke ich der Lektüre gut geführter Krankengeschichten bei der Sammlung meines statistischen Materials; einzelne, besonders wichtige kasuistische Mittheilungen über die Eigenbeobachtung unserer Klinik sind in die Skizze eingestreut. Ich bespreche zuerst die Störungen in der vorstellenden Sphäre, dann diejenigen in der affektiven Seite und endlich solche in der psychomotorischen Seite des Seelenlebens; eine scharfe Trennung aber ist bei einer solchen Skizze unmöglich. Explorirt man Kranke mit Hirntumor, so fällt auch bei Bewusstseinstrübungen geringen Grades vor Allem eine deutliche Erschwerung der Apperception auf; die Patienten zeigen, wie man sich leicht überzeugt, auf die Frage des Untersuchers im Allgemeinen normale Reaktionen nur dann, wenn dieselbe in lauter Sprache an sie gerichtet und der begrifflich leicht verständliche Inhalt in eine einfache, klare Form gekleidet wird. Diese Erschwerung der Auffassung kann sehr verschiedene Gründe haben; sie beruht aber hauptsächlich darauf, dass die Erregbarkeit der Wahrnehmungscentren herabgesetzt ist, der gesammte associative Prozess darniederliegt und die Aufmerksamkeit des Tumorkranken einerseits schwerer erregt, anderseits auch bei dem Bestreben desselben, die gestellten Fragen zu beantworten, nur in ungenügender Weise auf die Exploration konzentrirt werden kann; eine peripher bedingte Schwerhörigkeit muss naturgemäss ausgeschlossen werden. Ebenso wie man in

die nöthige Zeit lässt und sich davor hütet, aus dem relativ langen Ausbleiben der Reaktion den voreiligen Schluss zu ziehen, dass der Patient die Frage nicht beantworten kann. Die Abschwächung aller psychischen Energien infolge der Allgemeinwirkungen des Hirntumors erklären zur Genüge diese Verlangsamung im Vorstellungsablauf; nicht selten kann man aber beobachten, dass das Phänomen weniger durch Mangel an Interesse bei der Untersuchung, Störung der Apperception und Unmöglichkeit zu genügender Konzentration der Aufmerksamkeit bedingt ist als durch ausgesprochene Schwerbesinnlichkeit, die bei Integrität des sog. Gedächtnisses auf Erschwerung der Reproduktion oder Association der Erinnerungsbilder beruht. Ein Patient mit Stirnhirntumor, der in unserer Klinik beobachtet wurde und zur Sektion kam, war z. B. zeitweise sichtlich bestrebt, die vom Untersucher gestellte und von dem Kranken richtig appercipirte Frage zu beantworten; wiederholte man nun die Frage, um die Beantwortung derselben zu beschleunigen, so sagte er gewöhnlich: „ja — gleich — es wird schon kommen“ in etwas morosem Tone, „besann“ sich und antwortete erst nach geraumer Zeit sehr langsam. Die „Hemmung“ der psychischen Prozesse imponirt hauptsächlich bei geringerer Intensität klinisch manchmal als „Denkfaulheit“, die die Annahme eines Verblödungsprozesses nahelegt. Die Erschwerung aller geistigen Funktionen, welche sich bei weiterer Zunahme der Bewusstseinstrübung bis zur temporären Ausschaltung psychischer Qualitäten steigert, dokumentirt sich bei der Exploration ferner durch Störungen der Orientirtheit, durch Vortäuschung von Gedächtniss- und Intelligenzdefekten, sowie durch ein eigenartiges Verhalten von Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl. Die Orientirung der Patienten, deren psychisches Zustandsbild zum Ausgangspunkt dieser Besprechung geworden ist, war z. B. fast stets eine mangelhafte; es handelte sich in diesem Fall um eine belastete, früher jedoch geistig und körperlich vollständig gesunde Person, die im Frühjahr 1900 anscheinend im Anschluss an eine „Pleuritis exsudativa“ unter cerebralen Symptomen erkrankte und am 2. Jan. 1902 aus dem Diakonissenhaus in Freiburg mit der bezirksärztlichen Diagnose „Schwachsinn mit allerlei hysterischen Beschwerden“ in unsere Klinik eingeliefert wurde; die Sektion ergab späterhin ein Carcinom der Lunge mit multiplen, kleinen Metastasen

derartigen Zuständen von Bewusstseinstrübung die Fragen öfters in eindringlicher Weise wiederholen muss, ehe eine sachgemässe Antwort erfolgt, beobachtet man auch gar nicht selten, dass der Patient sich selbst halblaut die gestellte Frage wiederholt; diese Repetition ist keineswegs als Echolalie aufzufassen, sondern darauf zurückzuführen, dass er, weil er die Frage dem Wortlaut nach apperzipirt, aber den Inhalt noch nicht ganz erfasst hat, durch eine Wiederholung derselben sie dem Verständniss näher bringen will. Da die ausgeprägte Ermüdbarkeit aller psychischen Funktionen eine längere Konzentration der Aufmerksamkeit unmöglich macht, treten auch unter der Voraussetzung, dass die Kranken die ersten Fragen richtig erfassen und beantworten, bei Fortdauer der Exploration und nach Form und Inhalt etwa gleichmässig schwierigen Fragen an Zahl rasch zunehmende Fehlreaktionen schon nach auffallend kurzer Zeit auf, wobei die Patienten gar nicht selten spontan erklären, dass ein weiteres „Aufpassen" ihnen immer grössere Schwierigkeiten macht. Auf den ersten Blick ist man allzu leicht geneigt, eine derartige Erschwerung der Apperception auf eine „Tumordemenz" zu beziehen; für die Thatsache aber, dass diese Störung der Auffassung auf Zustände von Bewusstseinstrübung oder auf eine durch Circulationstörungen bedingte funktionelle Schädigung der corticalen Nervenelemente zurückzuführen ist, geben der häufige Wechsel der Intensität, der unverkennbare Einfluss der gesteigerten Ermüdbarkeit auf die Antworten und der auffällige Befund, dass die Frage an den Patienten fast stets in lauter Sprache und manchmal in mehrmaliger Wiederholung gerichtet werden muss, ehe eine Antwort erfolgt, deutliche und differentialdiagnostisch äusserst wichtige Fingerzeige; ich bemerke hierbei, dass die Rückwirkung der Ermüdung bei Tumorkranken auf die Richtigkeit ihrer Reaktionen durch Sensibilitätsprüfungen anschaulich demonstrirt werden kann. Weiterhin findet sich bei Bewusstseinstrübungen leichteren Grades eine ausgesprochene Verlangsamung im Vorstellungsablauf, die auch nach Aufhellung des Sensoriums — allerdings in geringerer Intensität — noch einige Zeit nachweisbar ist. Dieses, in Krankengeschichten manchmal als „Hemmung" registrirte Symptom lässt sich am besten in solchen Zuständen studiren, in denen die psychischen Reaktionen der Patienten bei der Exploration durchaus richtige sind, wenn man den Kranken zur Ueberlegung und Beantwortung einer Frage nur

im Gehirn. Ich schicke voraus, dass auf Grund einer fortgesetzten genauen Beobachtung und häufig wiederholter Explorationen die Diagnose „Demenz“ nicht bestätigt werden konnte und mit Sicherheit festgestellt wurde, dass die scheinbare Verblödung nur eine „funktionelle“ war bezw. durch eine Trübung des Sensoriums vorgetäuscht wurde. Diese Patientin war in Zeiten, in denen bei nur mässiger Bewusstseinstrübung eine leidliche Unterhaltung mit ihr möglich war, sogar über ihre Personalien gewöhnlich nur ungenau orientirt; sie gab Alter und Geburtstag falsch und zu verschiedenen Zeiten verschieden an, meinte, dass sie zum ersten Male verheiratet sei, obwohl sie bereits eine zweite Ehe eingegangen war, verwechselte Namen und Beruf ihres ersten Mannes mit Namen und Beruf des zweiten u. s. w. Zu andern Zeiten gab sie über ihre Personalien richtige Auskunft; stets aber war die Orientirung über den Ort, die zeitlichen Verhältnisse und ihre Umgebung gestört; sie glaubte bald in Lahr bald in der Diakonissenanstalt in Freiburg, wo sie zuvor sich befand, zu sein, konnte die Jahreszahl, den Monat, das Datum und den Wochentag nicht angeben, wusste nicht, wie lange sie in der Anstalt war, kannte nicht die Dauer ihrer Erkrankung, taxirte die Umgebung nur selten richtig, wusste den Namen des Arztes nicht oder legte ihm einen falschen bei u. s. w. Die Gründe für ein derartiges Verhalten der Orientirtheit sind unschwer zu eruiren. Die Trübungen des Sensoriums und die psychischen Alterationen, die sich bei solchen Patienten auch bei freiem Bewusstseinszustand zu finden pflegen, erschweren oder verhindern nämlich den geregelten Neuerwerb von Vorstellungen und eine richtige associative Verwerthung derselben; bei dem Daniederliegen aller psychischen Prozesse, insbesondere bei der Störung der Auffassung und der mehr minder ausgeprägten Indifferenz der Kranken gegenüber den Vorgängen in der Aussenwelt, muss die Erinnerung hauptsächlich an die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit eine lückenhafte oder nur ganz summarische sein; dabei besteht neben der Neigung zu Erinnerungstäuschungen und Erinnerungsfälschungen häufig eine deutliche Suggestibilität, welche die Störungen der Orientirtheit um so schärfer hervortreten lässt. Der Befund, dass solche Patienten gelegentlich über die zeitlichen Verhältnisse total desorientirt sind, die Personen der Umgebung verkennen u. s. w., bedarf demnach keiner weiteren Erklärung;

graduelle Steigerungen der genannten Störungen können naturgemäss auch eine passagere Desorientirung über die Person und die Personalien bedingen. Das differentialdiagnostisch wichtigste Kriterium, welches die Abgrenzung der bei Zuständen leichter Bewusstseinstrübung sich findenden Störungen der Orientirtheit von solchen bei Verblödungsprozessen wesentlich erleichtert, stellt das auffällige Schwanken der Orientirtheit dar. Momente von überraschender Klarheit durchbrechen solche von schwerer Alteration der Orientirtheit; fehlerhafte Antworten auf Fragen nach Person, Personalien, Ort, Zeit und Umgebung pflegen bei Wiederholung der Explorationen rasch und erheblich zu variiren; als Geburtsjahr z. B. wird bald diese bald jene Zahl genannt und die Bezeichnung ein und derselben Person wechselt in kurzen Intervallen. Auf der Basis der allgemeinen Abschwächung der psychischen Energien, insbesondere der Störung in der Reproduktion der Erinnerungsbilder und der logischen Verknüpfung derselben, entstehen auch die anscheinenden Gedächtniss- und Intelligenzdefekte bei leicht benommenen Kranken; gerade diese Zustände sind es, welche bei nicht hinreichend exakter Beobachtung am häufigsten und am leichtesten zur Verwechslung der Benommenheit mit Demenz Veranlassung geben. Dieser diagnostische Fehler liegt um so näher, wenn gleichzeitig eine auffällige Einsichtslosigkeit solcher Patienten für ihre Erkrankung zu bestehen scheint. Dass aber diese Zustände nicht auf einer definitiven Ausschaltung von Nervengewebe, sondern auf einer passageren Funktionsstörung infolge der Hirndrucksteigerung und Cirkulationsstörung im Schädelinnern beruhen, beweisen die häufigen und raschen Schwankungen in dem Verhalten von „Gedächtniss“ und „Intelligenz“, der bei eingehender und fortgesetzter Beobachtung unschwer zu liefernde Nachweis freier Zwischenzeiten, in denen die Patienten ein ihren früheren psychischen Fähigkeiten conformes Verhalten zeigen, und endlich der Befund, dass nach lauter und eindringlicher Wiederholung derselben Frage trotz anfänglicher Fehlreaktionen endlich dennoch eine richtige Antwort erfolgt. Während z. B. die oben genannte Patientin in Zuständen leichter Benommenheit ihre hilflose Lage manchmal völlig verkannte und die Frage des Arztes nach ihrem Befinden zuweilen mit: „Danke, gut!“ beantwortete, besass sie in freieren Pausen eine von jeder hypochondrischen Aggravation freie, durchaus angemessene

Einsicht für ihren psychischen und somatischen Zustand. Als sie gelegentlich Fragen unrichtig und zögernd beantwortete, sagte sie auf der Basis guter Selbstbeobachtung spontan, dass ihr „das Denken“ schwer falle und das „Gedächtniss“ gelitten habe; im Hinblick auf ihren Krankheitszustand äusserte sie Zweifel an etwaiger Genesung, bat aber um eine möglichst genaue Untersuchung und eventuell um eine Operation. Im Hinblick auf ihre Sprachstörung bemerkte diese Kranke einmal sehr treffend: „Meine Stimm' wär' noch ganz gut, wenn die Red' nicht wär'“ und noch am Tage vor dem Tode sagte sie, als eine Pflegerin ihr fehlerhafter Weise mit einem trockenen Läppchen den Mund auswischen wollten: „In's Wasser tunken“; als sie gelegentlich den Wunsch äusserte, Wasser zu trinken, und die Wärterin ihr dasselbe mit dem Löffel eingeben wollte, äusserte sie in richtiger Würdigung ihrer Schluckstörung (Zungenparese!): „Das möcht' ich aus dem Schüssele trinken“ und trank dann mit grosser Anstrengung, aber mit möglichster Vorsicht zur Vermeidung des „Verschluckens“. Mit diesen Zuständen von Krankheitseinsicht wechselte aber in rascher Folge eine totale Verkennung ihrer Lage; wenige Stunden später antwortete sie wiederum auf die Frage nach ihrem Befinden, dass „es ihr gut gehe“, dass sie „ganz gesund“ sei u. s. w. oder zeigte nur ein dumpfes Krankheitsgefühl ohne klare Erfassung ihrer Lage. Denselben auffälligen Wechsel zeigten Gedächtniss und Intelligenz; während z. B. zu manchen Zeiten ihr die Lösung des Einmaleins grosse Schwierigkeiten bereitete und leicht verständliche Fragen nach landläufigen geographischen und geschichtlichen Verhältnissen grossentheils falsch beantwortet wurden, war die Patientin in andern Momenten wiederum geistig wesentlich regsamer, überraschte in lichten Augenblicken durch die Richtigkeit ihrer Beobachtungen und Schlüsse, und zeigte überhaupt in Beantwortung äusserer Reize geordnete, der Norm entsprechende Reaktionen. Als Beweis hierfür diene folgender Vorfall. Am Tage vor dem Tode äusserte die Kranke bei der ärztlichen Visite: „Ich bin ein armer Tropf“; als der Arzt die infolge der Sprachstörung undeutlichen Worte nicht verstand, wiederholte sie dieselben mit dem Bestreben, sich verständlicher auszudrücken, mehrmals ohne jedes Zeichen von Ungeduld; als der Arzt sie dennoch nicht verstand, rief sie plötzlich mit erhobener Sprache: „Maidele“ [1]),

[1]) Provinzialismus für „Mädchen“.

fasste die heraneilende Wärterin bei der Hand und sagte zu ihr: „Sagen Sie dem Herrn Doktor!“; dann wiederholte sie die Worte nochmals und war sichtlich befriedigt, als die Wärterin sie verstand und dem Arzte mittheilte. Wahre Gedächtnissdefekte bestanden bei der Patientin nur für Vorgänge in der jüngsten Vergangenheit, weil dieselben infolge der Benommenheit nicht appercipirt oder als Erinnerungsbilder nicht dauernd deponirt wurden; unter Berücksichtigung der oben genannten Unterscheidungsmerkmale gelang aber auch in diesem Falle der Nachweis, dass die anscheinenden Gedächtniss- und Intelligenzdefekte, welche gar zu leicht eine echte Demenz vortäuschen, nicht auf einem wirklichen Verlust von Vorstellungen, sondern nur auf der passageren Erschwerung ihrer Reproduktion und ihrer Verknüpfung beruhten. Auf das hinlänglich bekannte Vorkommen von „Delirien“ und Zuständen von „Verwirrtheit“ auch bei leicht benommenen Kranken genügt an dieser Stelle wohl ein einfacher Hinweis. Was die Alterationen der affektiven Sphäre betrifft, so zeigen sich die Anomalien des Fühlens als Theilerscheinung der allgemeinen Erschwerung der psychischen Prozesse bei Bewusstseinstrübungen leichten Grades häufig klinisch recht deutlich in einer Herabsetzung der gemütlichen Anspruchsfähigkeit, welche bei Verkennung der Benommenheit leicht als gemüthliche Verblödung imponirt. Ein derartiger diagnostischer Fehler liegt um so näher, weil die abnorm schwere Anspruchsfähigkeit solcher Patienten subjektiv oft nicht empfunden wird. Die Kranken scheinen das Interesse für ihre Familie, für die Umgebung und ihren Beruf verloren zu haben und zeigen überhaupt einen auffälligen Indifferentismus für alle Vorkommnisse in der Aussenwelt. Auch die Patientin unserer Beobachtung bot zeitweise ein derartiges Bild; in lichteren, manchmal nur Minuten bis einige Stunden dauernden Zeiten aber war sie wiederum sichtlich bestrebt, sich über ihre Umgebung zu informiren; sie erkundigte sich dann nach dem Namen des Arztes und nach einzelnen Vorkommnissen auf der Abtheilung, freute sich über den Besuch des Mannes, bat ihn um baldiges Wiederkommen, verlangte nach der Photographie ihrer Kinder, zeigte eine grosse Geduld und Dankbarkeit bei der Pflege — kurz, in solchen lichten Momenten entsprach das Gefühlsleben ihrer früheren seelischen Veranlagung und durchaus dem psychologischen Breitegrad. An anderer Stelle habe

ich darauf hingewiesen, dass nach *Jastrowitz* (37) auch „die Komik mancher Tumorkranken mit Witzelsucht in dem Kontrast zwischen ihrer sonstigen Apathie und Benommenheit, und plötzlichen Lichtblicke liegt, in denen sie wahrscheinlich ihrem ursprünglichen Naturell entsprechend muntere und sarkastische Bemerkungen machen"; in einer neuen Bearbeitung des Symptoms der Witzelsucht habe ich eine derartige Entstehung desselben eingehender berücksichtigt; ich schicke hier nur voraus, dass das ausgesprochene Auftreten des genannten Phänomens bei benommenen Kranken mit äusserster Wahrscheinlichkeit für das Bestehen eines Verblödungsprozesses im Hintergrund der Bewusstseinstrübung spricht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von „Witzelsucht" und „Moria" bei Stirnhirntumor handelt es sich nämlich zweifellos um verblödende oder verblödete Kranken. Es muss nun a priori zugegeben werden, dass auch auf der Basis reiner Bewusstseinstrübung mässigen Grades sich gelegentlich Stimmungsanomalien entwickeln können, die zum Auftreten von „Witzelsucht" führen. Eine Durchsicht der Literatur und eine Zusammenstellung der Fälle mit Witzelsucht (darunter eine Eigenbeobachtung) lehren aber, dass derartige Stimmungsanomalien unter der Voraussetzung eines häufigeren und deutlich nachweisbaren Auftretens eine in psychischer Hinsicht ungünstige prognostische Bedeutung haben. — Sehr sinnfällig sind bei leichter Benommenheit die Störungen in der psychomotorischen Seite des Seelenlebens. Die Kranken mit Tumorbenommenheit zeigen ein apathisch-stuporöses Wesen, das bei leichteren Graden der Bewusstseinstrübung als „geistige Stumpfheit", „Energielosigkeit", „Theilnahmlosigkeit", „Gleichgiltigkeit" gegen die Umgebung imponirt. Der Blick ist leer, der Gesichtsausdruck stumpf, manchmal geradezu stupid; die Körperbewegungen sind träge und müde. Es fehlt anscheinend jegliche Spontaneität; es dauert auffallend lange, bis die Patienten einfachen Aufforderungen nachkommen und mit langsamer und monotoner Sprache eine Antwort erfolgt. Zeitweise aber zeigt der Patient mit Tumorbenommenheit eine auffallende Unruhe; er wälzt sich im Bette herum, versucht aus dem Bette zu steigen, geht taumelnd und planlos im Zimmer herum und spricht „verwirrt" vor sich hin. Während bei stärkerer Trübung des Sensoriums Enurese und Encoprose bestehen, versucht der leicht benommene Kranke vor der Entleerung aufzustehen, verliert aber gewöhnlich

den Urin auf dem Wege nach dem Abort oder entleert ihn neben dem Bette. In freieren Pausen aber verschwindet wiederum jegliche Unreinlichkeit; der Gesichtsausdruck verliert den starren und manchmal geradezu stupiden Charakter; Mienenspiel und Körperbewegungen werden lebhafter und auf das passive Verhalten folgt wiederum eine, der somatischen Erkrankung angemessene, psychische Initiative.

Bei dieser fragmentarischen Schilderung der Psychopathologie der Bewusstseinstrübung leichten Grades konnten naturgemäss nur die wesentlichsten und zur Differentialdiagnose wichtigsten Momente hervorgehoben werden. Es ist eine dankbare und wichtige Aufgabe, zum weiteren Ausbau unserer Kenntnisse von der Tumorbenommenheit in zukünftigen Fällen — ev. mit Hilfe unserer neueren psychologischen Untersuchungsmethoden — eingehendere Studien anzustellen. Zwischen einer deutlichen Trübung des Sensoriums und den, auch in freiem Bewusstseinszustand sich findenden „funktionellen“ psychischen Alterationen (s. u.) finden sich fliessende Uebergänge; in strittigen Fällen wird man auch einzelne somatische Zeichen (Verhalten der Pupillenweite, der Athmung, der Pulsfrequenz) zur Unterscheidung heranziehen. Die Benommenheit leichteren Grades und jene, auch bei anscheinend freiem Sensorium sich dokumentirenden psychischen Alterationen bedingen Zustandsbilder, die viele Autoren unter dem Sammelbegriff einer „Charakterveränderung“ im Krankheitsbild der Stirnhirntumoren beschrieben haben; einer Skizzirung dieser Zustandsbilder muss ich einige einleitende Bemerkungen über diese „Charakterveränderung“ bei Geschwülsten der Frontallappen voranschicken. Bei der eingehenden Kritik der Arbeit von *Eleonore Welt* (3): „Ueber Charakterveränderungen des Menschen in Folge von Läsionen des Stirnhirns“ betonte ich bereits an anderer Stelle, dass der vage Begriff der „Charakterveränderung“ die verschiedenartigsten psychischen Anomalien umfasst und die Verwendung desselben in der psychiatrisch-neurologischen Diagnostik zu bedenklichen Irrlehren geführt hat. *Welt* versuchte an der Hand von 12 im Anschluss an eine ausführlicher mitgetheilte Eigenbeobachtung aus der Literatur gesammelten Fällen den Beweis zu führen, dass in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen mancher Thierexperimente

(*Goltz*, *Ferrier*) sich bei Läsionen der Frontallappen „Charakterveränderungen“ finden können, welche das direkte Symptom der lokalen Schädigung orbitaler Bezirke der Frontallappen darstellen sollen; diese charakterologische Veränderung bestehe hauptsächlich in einer übergrossen Reizbarkeit der erkrankten Individuen, durch Neigung zu Gewaltthätigkeit, durch gehässiges, heimtückisches, unverträgliches Wesen — kurz, durch eine eigenartige ethische Depravation. Eine Analyse der von *Welt* citirten Fälle, insbesondere der von ihr beschriebenen Beobachtung aus der Züricher Klinik, ergab aber mit einwandsfreier Sicherheit, dass die Deduktionen dieser Autorin durchaus ungerechtfertigt sind und alle Momente mit weitaus grösserer Wahrscheinlichkeit für eine Zurückführung der constatirten „Charakterveränderungen“ auf eine diffuse Schädigung der Hirnrinde, als auf eine Läsion der Frontallappen sprechen. Die Berechtigung meiner scharfen, absprechenden Kritik wurde bald darauf durch *Friedmann* (38) anerkannt, dessen experimentelle Untersuchungen meine klinischen Schlussfolgerungen durchaus bestätigten. Bei seinen Versuchen einer experimentellen Erforschung der Histologie der akuten Encephalitis brachte er Kaninchen und Sperlingen auch einfache Stich- und Abtragungswunden bei und beobachtete „unter den so operirten Thieren zwei, ein Kaninchen und einen Sperling, welche durch ein eigenartiges Wesen und Verhalten nach der an sich leichten und wenig ausgedehnten Verletzung auffielen, ein Verhalten, welches in ausgesprochener Weise den *Goltz*'schen Schilderungen der des Stirnhirns beraubten Hunde entspricht“; „bei der Sektion dieser Thiere fand die makroskopische Untersuchung ausser einer diffusen Röthung der Pia — aber ohne Exsudat — nichts Auffälliges; mikroskopisch dagegen bestand eine sehr ausgedehnte Veränderung, welche sich über das ganze Grosshirn erstreckte; es handelte sich um eine starke lymphoide Infiltration in den Lymphspalten der kleinen Gefässe, der pericellulären Räume der Ganglienzellen und zwischen den Nervenfasern der weissen Substanz; der gesammte Zustand, welcher von keiner erheblichen Alteration der nervösen Elemente begleitet war, unterschied sich von den gewöhnlichen, sekundären Reizerscheinungen um encephalitische Herde nicht nur der Ausbreitung, sondern auch der

histologischen Beschaffenheit nach; es lag ein chronischer Reizzustand vor, der im Wesentlichen die Blut- und insbesondere die Lymphcirkulation betraf". *Friedmann* sah ähnliche mikroskopische Veränderungen bei den schweren nervösen Folgezuständen, welche in chronischem Verlauf nach Kopferschütterungen folgten. Man wird diesem Autor zustimmen müssen, dass der anatomische Reizzustand bei seinen Versuchsthieren nicht in direkter Parallele mit den psychischen Reizerscheinungen stehen muss; jedenfalls aber lehren seine Experimente, dass an relativ geringfügige Läsionen mikroskopisch nachweisbare Veränderungen im ganzen Grosshirn sich anschliessen können, die klinisch durch eine auffällige Aenderung der gemüthlichen Erregbarkeit sich äussern; die Versuche haben also eine weitere pathologisch-anatomische Grundlage für die klinisch gut fundirte These geschaffen, dass nach Grosshirnläsionen auftretende, psychische Anomalien nicht auf die lokale Verletzung dieses oder jenes Hirnlappens, sondern auf diffuse Schädigung des Cortex zu beziehen sind; mit dieser Auffassung kontrastirt keineswegs die schon vom theoretischen Standpunkt aus nicht unwahrscheinliche Annahme, dass diese durch Schädigung der ganzen Grosshirnrinde bedingten geistigen Alterationen eine bei fortschreitender Verfeinerung der psychiatrischen Diagnostik immer deutlicher hervortretende lokale „Färbung", die auf die direkte traumatische Zerstörung dieser oder jener Hirnterritorien zurückzuführen ist, besitzen können. Unter dem ungünstigen Einfluss der Irrlehre, dass bei Tumoren der Frontallappen die klinisch konstatirten psychischen Störungen ein „Herdsymptom" des Stirnhirns darstellen, hat man bisher vielfach — auch unter der Voraussetzung, dass die Symptome der Hirngeschwulst sich im Anschluss an ein Trauma entwickelten, — die einschneidende Bedeutung des complicirten Causalconnexes zwischen Tumor und Psychose gänzlich übersehen, sehr häufig sogar in den publizirten Krankengeschichten eine, auch nur einigermassen brauchbare psychopathologische Analyse des constatirten Krankheitsprocesses unterlassen und dadurch die statistische Brauchbarkeit des bis jetzt vorliegenden Materials über Stirnhirntumoren für die Eruirung positiver Ergebnisse in dieser Hinsicht in Frage gestellt. Die

ehre von den „Charakterveränderungen" bei Läsionen er Frontallappen hat demgemäss zu einer bedenklichen erflachung der psychiatrischen Diagnostik in einem ohen Procentsatz der Kasuistik geführt; man hat änzlich übersehen, dass unter dem Begriff der „Cha-akterveränderung" sich die Initialstadien fast sämmt-icher psychischen Krankheitsbilder subsumiren lassen nd, gleichviel welche Möglichkeit einer Wechsel-eziehung zwischen Tumor und Psychose vorlag, als athologisch-anatomische Basis der psychischen Ano-nalien sehr häufig nur die Läsion des Stirnhirns in Betracht gezogen; die natürliche Folge dieses Irrthums war die durch zahlreiche Beispiele aus der Kasuistik eicht zu illustrirende Thatsache, dass man bei der Epi-rise des psychischen Befundes die sogenannten „All-gemeinwirkungen" des Tumors vernachlässigt hat und bei der Sektion eine genaue mikroskopische Unter-suchung des ganzen Gehirns nicht allein unterliess, sondern auch „in Rücksicht auf die Beweiskraft des klinischen Befundes" eine Anfertigung mikroskopischer Präparate als „unnöthig" betrachtete. Die physikalischen und chemischen Grundlagen dieser für die Auffassung der psychi-schen Störungen ausserordentlich wichtigen „Allgemeinwirkungen" im Gefolge der Hirntumoren sind allerdings noch keineswegs mit wünschenswerther Genauigkeit erforscht; man hat dabei an Druck-steigerung im Schädelinnern, Cirkulationsstörungen, Degeneration der Tangentialfasern, an die Möglichkeit einer Intoxication durch Stoffwechselprodukte des Tumors u. s. w. zu denken. Bei der Ent-stehung der Bewusstseinstrübungen im Krankheitsbild der Hirn-tumoren spielt nach der z. Z. herrschenden Lehre, wie bereits oben vermerkt wurde, die Hirndrucksteigerung die ätiologisch bedeut-samste Rolle; weiterhin geht bereits aus meinen früheren Aus-führungen hervor, dass gerade bei Stirnhirntumoren mässige Grade von Benommenheit, vor Allem im Initialstadium der Erkrankung, besonders häufig sind und auch bei fortschreitender Grössen-entwickelung des Tumors bei der Möglichkeit eines guten, regu-latorischen Ausgleichs zeitlich lange bestehen können, ehe die Trübung des Sensoriums stärkere Intensität erreicht. Dass jene

leichten Bewusstseinstrübungen bei Stirnhirntumoren auffallen häufig in Krankengeschichten als „Charakterveränderungen“ re gistrirt wurden, zeigt schon eine oberflächliche Durchsicht de Kasuistik. In einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen finde sich aber auch bei anscheinend freiem Sensorium psychisch Alterationen, welche ebenfalls als „Charakterveränderungen“ imponiren können und sich auf dem Gebiet des Vorstellens besonder durch eine gewisse „Trägheit der Gedanken“, durch „Unbesinn lichkeit“, „Vergesslichkeit“, mässige „Gedächtnissschwäche“, „Zer streutheit“, auf dem Gebiet des Fühlens durch Herabsetzungen ode Steigerungen der gemüthlichen Erregbarkeit („Gereiztheit“, „Moro sität“, „Misstrauen“, „Verschlossenheit“ u. s. w.) und auf den Gebiet des Strebens durch eine gewisse „Willenlosigkeit“, „Energie losigkeit“, „Theilnahmslosigkeit“, „Unordentlichkeit“ äussern; de Wechsel in der Intensität dieser Störungen, das intercurrirend Auftreten freierer und freier Zwischenzeiten und der rasche Rück gang nach einer glücklichen Operation lehren nun, dass wir i diesen psychischen Alterationen den klinischen Ausdruck von Circu lationsstörungen im Grosshirn, die durch den Hirntumor beding werden, sehen müssen. Die diagnostische Abgrenzung derartige Zustandsbilder von „echten“ Verblödungsprozessen ist naturgemäs von grosser praktischer Wichtigkeit, weil für den Kliniker im Fall eines operativen Eingriffs auch die Prognose in psychischer Hinsich von nicht zu unter- schätzender Bedeutung ist. Dass solche auch bei anscheinend freiem Sensorium bestehende, auf Circulations störungen zurückzuführende psychische Alterationen wiederum gerad bei Stirnhirntumoren einerseits sich besonders häufig entwickeln andrerseits auch besonders deutlich hervortreten können, beruh auf denselben Thatsachen, die ich oben zur Erklärung der besondere Häufigkeit und Deutlichkeit der Bewusstseinstrübungen leichtere Grades herangezogen habe.

d) Der Befund, dass die Kasuistik der Stirnhirntumoren in einem hohen Prozentsatz der Fälle (s. u.) psychische Störungen vermerkt, steht endlich auch damit in Zusammenhang, dass geistige Anomalien, welche zudem bei diesem Sitz der Neubildung vielfach in den Publikationen unter dem Eindruck einer herrschenden Lehre mit besonderer Ausführlichkeit und Betonung registrirt wurden, gerade bei Geschwülsten in den Frontallappen bei dem häufigen

Mangel erkennbarer Lokalsymptome um so deutlicher hervortreten, während ausgeprägte „lokale Reiz- und Ausfallserscheinungen“ sie in den Hintergrund drängen und ganz verschleiern können.

Bei einer Zusammenfassung der unter dieser Rubrik betonten Gesichtspunkte ergiebt sich, dass die Grösse der Stirnhirntumoren und ihre relativ lange Krankheitsdauer eine im Vergleich zu Tumoren anderer Hirnprovinzen intensivere und länger anhaltende Schädigung der Grosshirnrinde bedingen, deren klinischer Ausdruck eine grössere Häufigkeit von Verblödungsprozessen im Gefolge der Tumorerkrankung sein muss (s. o.); eine irreführende, scheinbare Steigerung der prozentuarischen Häufigkeit, mit der die Geschwülste des Stirnhirns zu einer „echten“ Demenz führen, macht sich aber bei der statistischen Verarbeitung des bis jetzt vorliegenden Materials dadurch geltend, dass einerseits gerade bei Stirnhirntumoren eine scheinbare, durch Bewusstseinstrübungen und sonstige, durch Circulationsstörungen im Grosshirn bedingte psychische Alterationen vorgetäuschte Demenz zu bedenklichen, diagnostischen Fehlern und zur Annahme einer Verblödung der Patienten geführt hat, andrerseits das deutliche Hervortreten ausgesprochener Lokalsymptome bei Tumoren anderer Hirnprovinzen die psychische Störung allzu häufig in den Hintergrund gedrängt und ganz verschleiert hat. Alle diese Gesichtspunkte haben bei der Interpretation statistischer Resultate bis jetzt keine gebührende Berücksichtigung gefunden, wiewohl schon lange von autoritativer Seite (vergl. *Bruns* (2)-Hannover) auf einige derselben aufmerksam gemacht wurde.

8. Man hat behauptet, dass die psychischen Störungen bei Tumoren der Frontallappen je nach ihrem Sitz innerhalb des Stirnhirns einerseits gewisse, ausserhalb des Bereichs des durch die Individualität bedingten Spielraums liegende Züge aufweisen, andrerseits unter Berücksichtigung der Gesammtzahl der Stirnhirntumoren mit und ohne Geistesstörungen eine anscheinend gesetzmässige, verschiedene prozentuarische Häufigkeit zeigen, und diesen Befund als weiteres Glied in der Kette der Beweise für die engen Beziehungen zwischen Stirnhirn und Psyche betrachtet. Die statistische Nachprüfung dieser Behauptung ist auch an der Hand meines grossen Materials recht schwierig; die relative Vertheilung der Stirnhirntumoren auf die

einzelnen Territorien dieses Hirntheils ist nach meinen Berechnungen keineswegs eine gleichmässige und bei den verschiedenen Geschwulstformen verschieden (vergl. *Ed. Müller* (8); man bekommt deshalb über die relative Häufigkeit der psychischen Störungen bei Tumoren in diesem oder jenem Bezirk des Stirnhirns nur unter der Voraussetzung eines Vergleichs mit der absoluten Häufigkeit der Neubildungen in demselben Territorium ein richtiges Bild. Ergeben sich nun bei solchen statistischen Vergleichen selbst sinnfällige Differenzen, so muss eine vorurtheilsfreie Interpretation prüfen, ob dieselben statt mit der Verschiedenheit der physiologischen Dignität der einzelnen Territorien nicht auch mit der Verschiedenheit der räumlichen Ausdehnung dieser Bezirke in Beziehung stehen können; dass aber die bisherige Eintheilung der Stirnhirnbezirke in „Spitze", „Rinde an der Basis", „Rinde an der Konvexität" und „Mark" derartige Fehlerquellen bedingt, bedarf kaum der Erwähnung. Die Statistik muss mit solchen Momenten rechnen, wenn sie ihre Resultate zu Lokalisationsversuchen psychischer Qualitäten verwerthen will. Eine weitere Schwierigkeit liegt in der besonderen Grössenentwicklung der Stirnhirntumoren; abgesehen davon, dass die pathologisch-anatomische Beschreibung vieler Fälle durchaus unzureichend ist, fehlen uns in Folge dessen sehr häufig alle Kriterien für die Bestimmung des Ausgangspunktes der Geschwulst und für die Zutheilung zu diesem oder jenem Bezirk. Ferner müssen wir uns bei der kritischen Besprechung solcher Differenzen daran erinnern, dass auch gewisse physikalische Eigenthümlichkeiten der einzelnen Geschwulstformen zur Erklärung herangezogen werden können; es kann z. B., wie ich bereits früher betonte (1), die äussere Form der Geschwülste, z. B. der Gliome, je nach ihrem Sitz im Centrum semiovale oder an der Oberfläche des Gehirns verschieden sein, und deshalb auch eine mehr oder minder differente Rückwirkung auf die gesammte Hirnrinde entfalten; auch die Wachsthumsgeschwindigkeit der Neoplasmen wird auf die Eigenart der Allgemeinwirkungen nicht ohne Einfluss sein. Intensität und Qualität der Allgemeinwirkungen können endlich je nach dem Sitze des raumbeengenden Herdes innerhalb des Stirnhirns erheblich variiren. Bei Herden von gleichem makroskopischen und mikroskopischen Bau muss z. B. bei der Eigenart der cerebralen Gefässversorgung die durch die Neubildung bedingte Cirkulationsstörung je nach der

Lage in der Rinde oder im Mark graduelle Verschiedenheiten zeigen. Unter gebührender Berücksichtigung aller dieser, auch in neueren Statistiken ganz oder theilweise vernachlässigten, aber ungemein wichtigen Faktoren konnte ich bei der Verarbeitung meines statistischen Materials, das schon durch die Zahl der Fälle die bisherigen Zusammenstellungen zum Theil weit überragt, in schroffem Gegensatz zu andern Autoren keine auch nur einigermassen einwandsfreie Belege eruiren, welche für die Annahme engerer Wechselbeziehungen zwischen der rechten oder linken Hemisphäre, dieses oder jenes Stirnhirnbezirkes und der Psyche oder einzelnen psychischen Qualitäten andrerseits berechtigen. An anderer Stelle werde ich die Ergebnisse meiner Statistik eingehender beleuchten; ich schicke hier nur voraus, dass die Differenzen, welche sich ergeben haben, keineswegs mit Sicherheit ausserhalb des Bereichs der Fehlerquellen liegen und z. Z. irgend welches praktische Interesse nicht beanspruchen können; sie geben meines Ermessens bis jetzt nur Fingerzeige für die Abhängigkeit von Intensität und Qualität der Allgemeinwirkungen bei Hirntumoren von dem makroskopischen und mikroskopischen Bau der Geschwülste und ihrer topischen Lage innerhalb eines Hirnlappens.

Ein flüchtiger Rückblick auf die in den obigen Rubriken (1—8) betonten Gesichtspunkte lässt zweifellos die volle Berechtigung meiner These erkennen, dass das bisher vorliegende Material über Stirnhirntumoren zu Lokalisationsversuchen psychischer Qualitäten in die Frontallappen unbrauchbar ist. Diese These rechtfertigt natürlich keineswegs die Behauptung, dass die Kasuistik mit Sicherheit gegen eine besondere Bedeutung des Stirnhirns für die Psyche spricht; selbst im Hinblick auf die Thatsache, dass auch die Läsion symmetrisch gelegener Bezirke keine, von Bewusstseinstrübungen sich deutlich unterscheidende geistige Alterationen zu bedingen braucht und ein ganzer Stirnlappen zerstört sein kann, ohne dass eine deutlich nachweisbare intellektuelle oder gemüthliche Verblödung eintreten muss, wäre eine derartige Negation nicht begründet. Wir müssen berücksichtigen, dass es sich bei Tumoren des Gehirns keineswegs um die plötzliche Ausschaltung grösserer Hirnbezirke,

sondern um allmählich fortschreitende Läsionen handelt. Da es nun a priori unwahrscheinlich ist, dass die geistigen Fähigkeiten an ganz eng umschriebene Territorien des Gehirns gebunden sind, kann auch bei Stirnhirntumoren mit doppelseitiger, symmetrischer Lagerung das initiale Fehlen charakteristischer psychischer Störungen keineswegs überraschen; da wir weiterhin annehmen müssen, dass bei allmählich fortschreitendem Wachsthum der Geschwulst der zunehmende Ausfall an physiologisch bedeutsamer Hirnsubstanz durch die Uebernahme ihrer Funktion seitens anderer Rindenbezirke Uebernahme der Funktion durch andere Centren) wenigstens theilweise paralysirt werden kann, liesse sich unter der Voraussetzung, dass das Stirnhirn thatsächlich „Centren" enthält, welche für die Psyche bedeutsam sind, auch das Fehlen einer psychischen Störung im ganzen Verlauf der Tumorerkrankung einigermassen erklären. Diese Streitfragen muss die Zukunft entscheiden. Wenn ich auch die Auffassung vertrete, dass das anatomische Substrat der seelischen Prozesse nicht das Stirnhirn, sondern das ganze Gehirn, zumindest aber das ganze Grosshirn darstellt, so kann ich schon vom theorethischen Standpunkt aus mich keineswegs der Möglichkeit verschliessen, dass bei Läsionen umschriebener Territorien die durch diffuse Alteration der Grosshirnrinde bedingte psychische Störung einige von der topischen Lage des Herdes abhängige, mehr minder charakteristische Züge aufweisen kann. Nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse aber stellen die psychischen Störungen bei Stirnhirntumoren „echte Allgemeinerscheinungen" dar, die in derselben Weise, wie andere Allgemeinerscheinungen, z. B. die Stauungspapille, das Erbrechen und der Kopfschmerz durch gewisse, in dieser und meiner früheren Arbeit (1) hervorgehobene Eigenarten lokaldiagnostischen Werth besitzen; zum weiteren Ausbau unseres diesbezüglichen Wissens ist eine Verbesserung des kasuistischen Materials in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht dringend nothwendig; vor einer Verallgemeinerung des klinischen Befundes auch an der Hand eines gut beobachteten Falles kann jedoch nicht genug gewarnt werden. Derjenige Autor, welcher bei einem Stirnhirntumor eine vor klinisch nachweisbaren „Allgemeinerscheinungen"

auftretende psychische Störung beobachtet, in stolzem Vertrauen auf die Beweiskraft dieses Befundes eine genauere anatomische Untersuchung des ganzen Gehirns nach der Autopsie unterlässt, im Gegensatz zu den Ergebnissen mühevoller statistischer Forschungen „seinen Fall“ für „ausschlaggebend“ hält und auf Grund eines solchen, jeder kritischen Forschung widersprechenden Materials diese schwierigen Fragen definitiv entscheiden will, trägt nur zur Verwirrung unserer Anschauungen über die Funktionen des Stirnhirns bei. Die Kasuistik der Hirngeschwülste zeigt, dass an der Hand solcher Fälle eine Lokalisation psychischer Qualitäten nicht nur in das Stirnhirn, sondern auch in jeden andern Hirnbezirk, sogar in die Medulla oblongata, möglich ist.[1])

Herrn Professor Dr. *Pfister* bin ich für die rege Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit zu Dank verpflichtet.

---

[1]) Die soeben erschienene Monographie: „Psychische Störungen bei Hirntumoren“ von *Paul Schuster* (Stuttgart 1902) war mir leider erst nach Abschluss dieser Arbeit zugänglich; diese enthält ein ausserordentlich reichhaltiges und werthvolles kasuistisches Material mit einer vorzüglichen Interpretation desselben. Ich muss an dieser Stelle auf eine eingehende Besprechung des Buches verzichten und hebe deshalb nur einzelne Details hervor. Der Autor ist in einer Reihe von Fragen zu ähnlichen Ergebnissen gelangt, wie ich; er weist z. B. in derselben Weise, wie ich dies in einer früher erschienen Arbeit (1) gethan habe, darauf hin, dass die „Witzelsucht“ sich nicht nur bei Tumoren der Frontallappen, bei denen sie allerdings wesentlich häufiger ist, sondern auch bei Geschwülsten anderer Hirnprovinzen findet, und betont in Uebereinstimmung mit meinen Befunden, dass bei dem Zustandekommen dieses Symptoms die besondere Grösse des Tumors eine Rolle zu spielen scheint. Meine Interpretation einiger von *Schuster* gefundenen statistischen Resultate ist allerdings gänzlich verschieden. *Schuster* hat z. B. an der Hand des von *Gianelli* (9) gesammelten Materials berechnet, dass von 100 Stirnhirntumoren 79,3 pCt., von 100 Kleinhirntumoren nur 35,5 pCt. zu psychischen Störungen führen; bei der Besprechung dieses Befundes wurden aber klinische und pathologisch-anatomische Gesichtspunkte von einschneidender Bedeutung vernachlässigt. In klinischer Hinsicht kommt vor Allem das Lebensalter des Patienten, in pathologisch-anatomischer Hinsicht die relative Häufigkeit der einzelnen Geschwulstformen im Verhältniss zur Gesammtzahl in Betracht. Das Durchschnittsalter der Patienten mit Stirnhirntumor ist wesentlich verschieden von dem der Kranken mit Kleinhirngeschwülsten (vergl. *Ed. Müller* (8). Während nämlich die Tumoren des Cerebellums eine ausgesprochene Vorliebe für das jugendliche Alter, insbesondere für das Kindesalter, zeigen,

Literatur.[1])

1. *Ed. Müller*, Ueber psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1902.
2. *Bruns, L.*, Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin 1897.
3. *Eleonore Welt*, Charakterverändungen des Menschen in Folge von Läsionen des Stirnhirns. Dtsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 42, 1888, S. 339.
4. *Uhlenhuth*, Ueber zwei Fälle etc. Inaug.-Diss. Berlin 1893.
5. *Höniger*, M. m. W. 1901, S. 740.
6. *Hitzig*, Arch. f. Psych. Bd. XXXV, Heft II.
7. *Friedmann*, Notiz zur Frage der Charakterveränderungen nach Gehirnverletzungen. Neur. Centralbl. 1902, S. 386.
8. *Ed. Müller*, Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Geschwülste des Stirnhirns. Erscheint demnächst in der „Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde".
9. *Gianelli*, Ref. Neur. Centralbl. 1897, S. 1061.

---

bevorzugen die Neubildungen im Stirnhirn in demselben Masse das mittlere und reifere Alter. Die Disposition des Kindes zur Entstehung ausgesprochener, von Bewusstseinstrübungen sich unterscheidender psychischer Störungen im Gefolge der Tumorerkrankungen ist aber zweifellos eine wesentlich geringere, als diejenige des Erwachsenen. Die von *Schuster* gegebene Zusammenstellung der Fälle von Kleinhirntumoren mit psychischen Störungen zeigt auch, dass die „typischen psychischen Krankheitsbilder" bei Patienten mit Tumoren des Cerebellums fast ausnahmslos Erwachsene betreffen (vergl. *Schuster* S. 222—233). Die Häufigkeit der Kleinhirntumoren im Kindesalter steht mit der Vorliebe des Tuberkels für die hintere Schädelgrube in engem Zusammenhang; im Gegensatz dazu ist der Conglomerattuberkel im Stirnhirn recht selten. Daraus geht hervor, dass die relative Häufigkeit der einzelnen Geschwulstformen bei den Tumoren des Stirnhirns und denen des Cerebellums ausserordentlich verschieden ist. Der makroskopische und mikroskopische Bau der Neoplasmen ist aber nach meinen früheren Ausführungen für die Intensität und die Eigenart der „Allgemeinwirkungen" keineswegs gleichgiltig. Vergleicht man also die relative Häufigkeit der psychischen Störungen bei den Tumoren der einzelnen Hirnprovinzen mit einander, so muss man auch die Differenzen im Durchschnittsalter der Kranken und in der relativen Häufigkeit der einzelnen Geschwulstformen eingehend berücksichtigen.

[1]) Ein genaues Verzeichniss der 164 Fälle meiner Statistik findet sich am Schlusse meiner Arbeiten: „Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Geschwülste des Stirnhirns" (8) und: „Zur Symptomatologie und Diagnostik der Stirnhirntumoren" (39); ich citire deshalb hier nur diejenigen Fälle, auf welche im Text speziell Bezug genommen wurde. Die Nummern dieser Fälle wurden in ( ) beigefügt.

10. *Oppenheim, H.*, Arch. f. Psych. Bd. XXI, S. 562f. (No. 115—125).
11. *Wooster*, nach *Allen Starr* (Am. Journ. of the med. Sc. 1884, S. 375. (No. 163).
12. *Frahm*, Inaug.-Diss. Kiel 1900. (No. 53.)
13. *Williamson*, Brain 1896, S. 347f. (No. 158.)
14. *Baraduc*, nach *Bernhardt* (Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Grosshirngeschwülste 1883). (No. 5.)
15. *Bartum*, nach *Bernhardt* (vergl. 14). (No. 6.)
16. *Petrina*, Prag. Vierteljahrschr. f. prakt. Heilk. 1877, S. 123 u. 126. (No. 131.)
17. *Pettersen*, nach *Bernhardt* (vergl. 14). (No. 133.)
18. *Richter*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39, S. 560. (No. 139.)
19. *Clouston*, nach *Bernhardt* (vergl. 14). (No. 30.)
20. *Raymond*, Arch. de Neur. 1893, S. 273. (No. 137.)
21. *Cohn*, Neur. Centralbl. 1897, S. 1120. (No. 32.)
22. *McDonall*, Journ. of ment. Sc. vol. XXX, S. 87. (No. 105.)
23. *Otto*, Arch. f. path. Anatomie Bd. 89, S. 399. (No. 127.)
24. *Griffeth & Sheldon*, Neur. Centralbl. 1890, S. 627. (No. 60.)
25. *Petrina*, vergl. 16. (No. 132.)
26. *Funajoli*, Ref. Neur. Centralbl. 1882, S. 441. (No. 54.)
27. *Rosenthal*, Wien. med. Presse 1885, S. 502. (No. 140.)
28. *Clouston*, vergl. 19. (No. 31.)
29. *Lépine*, Revue de Médecine 1895, S. 512. (No. 94.)
30. *Weiss*, Wien. med. Woch. 1877, S. 422. (No. 156.)
31. *Lépine*, vergl. 29. (No. 95.)
32. *Zacher*, Ein doppelseitiger, symmetrisch gelegener Erweichungsherd im Stirnhirn. Neur. Centralbl. 1901.
33. *Dévic et Courmont*, Revue de Médecine 1897, S. 269, Avril. (No. 38.)
34. *Durante*, The Lancet 1887, Oktober, S. 654.
35. *Rossolimo*, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. VI, Heft 1 und Arch. f. Psych. Bd. XXIX, S. 528f. (No. 142.)
36. *Jaboulay*, Arch. prov. de Chirurgie 1893, S. 74. (No. 75.)
37. *Jastrowitz*, Deutsch. med. Woch. 1885, S. 457.
38. *Friedmann*, vergl. 7.
39. *Ed. Müller*, Zur Symptomatologie und Diagnostik der Stirnhirntumoren Erscheint demnächst in der „Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde“.

Zwei Fälle von Irresein in unmittelbarem Anschlusse an die Verheirathung (nuptiales Irresein).[1]

Von

Dr. med. **Dost,** Anstaltsarzt.

Vor Kurzem wurde in den Jahrbüchern für Psychiatrie und Neurologie von *Obersteiner* (4) eine grössere Anzahl von Krankheitsfällen mitgetheilt, in welchen die mit der Eheschliessung verbundenen Aufregungen eine unmittelbar nach der Hochzeit einsetzende Psychose hervorgerufen haben. Es wird betont, dass ausser verschiedenen sozialen Ursachen besonders das sexuelle Moment eine Rolle hierbei spielt, indem die jungen Mädchen mitunter so unaufgeklärt in die Ehe treten, dass sie durch den ersten sexuellen Annäherungsversuch des Mannes derartig überrascht und erschreckt werden, dass sie bisweilen nach Hause zurückkehren. Auch *Kraepelin* (2) erwähnt Fälle, in welchen der erste Coitus akute Aufregungszustände hervorruft.

Die aufgeführten Krankheitsbilder scheidet *Obersteiner* in solche, welche ein psychisch intaktes Individuum treffen und andere, in denen schon vor der Verheirathung leichte psychische Eigenthümlichkeiten zu beobachten waren. Fälle, in denen schon vor der Hochzeit eine Psychose bestand, werden nicht berücksichtigt. Dass von den 8 Kranken 6 Jüdinnen waren, erklärt sich aus der bekannten stärkeren Disposition der Juden zu Nervenkrankheiten

[1]) Aus der Heil- und Pflegeanstalt für Frauen zu Hubertusburg. (Medizinalrath Dr. *Matthaes.*)

und daraus, dass bei Eheschliessungen der Juden häufig geschäftliche Rücksichten von hervorragendem Einflusse sind, während die Neigung der Verlobten zu einander weniger in Betracht kommt. Die Formen der Erkrankung gehören nach *Obersteiner* vor Allem dem manisch-depressiven Irresein *Kraepelin*'s und der manischen Form der Amentia, nach der von *Möbius* (3) in seinem Referat über *Obersteiner*'s Arbeit geäusserten Ansicht auch der Dementia praecox an. Ferner sind die vor der Hochzeit bestehenden psychischen Abnormitäten für die Form der ausgebildeten Psychose massgebend. Es wird z. B. eine Kranke, welche schon als Mädchen leichte hysterische Erscheinungen dargeboten hat, nach der Hochzeit leicht in hysterische Geistesstörung verfallen. In einem der angeführten Fälle wird das Krankheitsbild durch den vorhergegangenen Alkoholismus beeinflusst. Was die Prognose betrifft, so verliefen die leichteren Fälle günstig. Wenn aber die Aufregung und Verwirrtheit einen höheren Grad erreichte, war die Dauer der Krankheit eine längere und die Heilung unsicherer. Weitere Fälle aus der Literatur werden von *Obersteiner* nicht angeführt.

Im Anschlusse an die eben erwähnte Abhandlung berichtet der Autor dieser Arbeit über zwei Fälle von Irresein in unmittelbarem Anschlusse an die Verheirathung, welche vor mehreren Jahren in hiesiger Anstalt beobachtet und dem Verfasser von seinem Chef, Herrn Medizinalrath Dr. *Matthaes*, zur Bearbeitung freundlichst überwiesen worden sind.

Bei weiterer Durchsicht der Literatur fanden sich noch an mehreren Stellen Bemerkungen über Psychosen im Anschlusse an die Hochzeit. Unter Anderen führte *Savage* (5) mehrere Fälle an, in welchen die Heirath entweder den Ausbruch einer Geisteskrankheit verursachte oder eine bereits bestehende Geistesstörung offenkundig machte. Ferner führt *Esquirol* (1) mehrere Beispiele von geistiger Erkrankung in Folge des ersten ehelichen Coitus an: „So behandelte ich eine Dame, die in ihrer Hochzeitsnacht einen Anfall von Manie bekam; ihre Schamhaftigkeit hatte sich gegen die Nothwendigkeit, mit einem Manne zu schlafen, empört. Eine junge Frau mit sehr empfindsamen Nerven, die ihren Bräutigam ausserordentlich liebte, wurde so schmerzhaft von der ersten ehelichen Umarmung ihres Gatten afficirt, dass sie von dieser Nacht an in Seelenstörung verfiel.“ Eine weitere Bemerkung über dieser Gegenstand finden wir bei

Schüle (6): „Hier ist vorübergehend auch der krankmachenden Schädlichkeiten zu gedenken, welche auf manche Frauen die prima nox ausübt (Post-Connubial-Insanity, *Skae*). Es sind in der Regel nervös erregte, anämische Kranke (vielleicht mit lokaler Hyperästhesie und Vaginismus), welche aus diesen ersten ehelichen Beziehungen oft längere geistige Erkrankung ziehen. Der einzige Fall aus meiner Beobachtung bot das Bild einer panphobischen Melancholie mit schreckhaften Illusionen und gewaltthätigem Raptus. *Skae* nimmt auch noch einen heftigen Widerwillen gegen den Mann in sein Krankheitsbild auf. Manchmal erfolgt rascher Uebergang in Dementia acuta."

Ziehen (8) äussert sich über nuptiales Irresein folgendermassen: „Aeusserst selten hat man nach der Cohabitation bei jungen Frauen transitorische psychische Störungen beobachtet."

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um Individuen, welche von Kindheit an leichte psychische Eigenthümlichkeiten dargeboten hatten, von denen aber das eine nur in geringem Grade, das andere garnicht erblich belastet war. Der erste der zu beschreibenden Fälle bietet insofern ganz besondere Verhältnisse dar, als eine nach der Hochzeit sich bemerkbar machende schwere körperliche Erkrankung den Zustand complicirt.

Es folgen zunächst die Krankengeschichten:

1. Frau F., 25 Jahre alt. Eine Schwester des Vaters war einige Zeit schwermüthig. Patientin war von jeher körperlich schwächlich. Die Menstruation war regelmässig. Die Kranke besuchte die Schule mit Erfolg. Sie war von Charakter gutmüthig und sanft. Jederzeit zeigte sie einen auffälligen Mangel an Selbstvertrauen. Vor der Hochzeit äusserte sie öfters die Besorgniss, einen Haushalt nicht leiten zu können. Am Morgen des Hochzeitstages war die Braut anfangs deprimirt, wurde dann aber erregt, sodass der herbeigerufene Arzt die Hochzeit untersagte. Nach 4stündigem Schlafe war Patientin wieder vollständig ruhig und verlangte mit dem Geliebten ehelich verbunden zu werden. Ihr Wunsch wurde erfüllt und sie verhielt sich während und nach der Trauung völlig korrekt. Am nächsten Tage (der Ehemann giebt nicht an, ob die Störung bereits in der Nach eintrat) sprach die Kranke nicht mehr, jammerte zeitweise, schlug mit den Händen um sich und wurde gegen sich und die Umgebung gewaltthätig. Die Erregung steigerte sich bis zu planlos wüthender Zerstörungssucht. Während der ganzen Zeit schlief die Kranke nicht und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Bei der ersten Untersuchung der Patientin in hiesiger Anstalt wurden Anämie und schlechter Ernährungszustand festgestellt,

weitere körperliche Störungen waren nicht ersichtlich. Die Kranke sprach nicht, reagirte nicht auf Anordnungen und war nicht zum Essen zu bewegen. Das Gesicht hatte einen ängstlichen Ausdruck, und die gesammte Muskulatur war straff gespannt. Nach einigen Tagen traten die Menses ein. Während derselben war die Patientin noch unruhiger als vorher. Der Puls war beschleunigt und unregelmässig, die Temperatur etwas gesteigert. In der Nacht verunreinigte sich die Kranke mit Koth und Urin. Allmählich wurde sie vollkommen unbesinnlich und athmete schwer. Am nächsten Tage zeigte sich plötzlich Abgang von blutigem Urin. Darauf hellte sich das Bewusstsein der Patientin vorübergehend auf. Am folgenden Tage wurde, da Urinretention bestand, durch Katheterismus Urin entleert, welcher mit Blut gemischt war. Nach einer Blasenspülung mit Resorcinlösung blieb der Urin von Blut frei. Die Herzthätigkeit wurde aber schnell schwächer, die Kranke verfiel in tiefes Coma, und 15 Tage nach der Hochzeit trat der Tod ein. Die Sektion ergab eine Verwachsung der Blase mit der vordern Bauchwand. In der Blasenschleimhaut fanden sich zahlreiche thrombosirte Varicen. Ferner zeigte sich eine Nekrose des vorderen Theiles der Schleimhaut, welche sich bis in die Muskulatur der Blase und den benachbarten Theil der Bauchwand fortsetzte. Die Blase war mit dunklem Blute gefüllt. In der Umgebung derselben hatte sich eine Peritonitis entwickelt. Im Uebrigen wurde ausser allgemeiner Anämie nichts Abnormes gefunden.

2. Frau B., 24 Jahre alt, war erblich nicht belastet. Sie war von Jugend auf lebhaft und leicht erregbar, besass aber nur mässige Auffassungsgabe und Gedächtnisskraft. Sie lebte bis zu ihrer Verheirathung bei ihrer Mutter. Die Verlobungsbesuche sollen sie aufgeregt und sehr angegriffen haben. Gleich am nächsten Tage nach der Hochzeit trat traurige Verstimmung ein. Frau B. hatte alles Selbstvertrauen verloren und quälte sich mit der Befürchtung, dem Haushalte nicht vorstehen zu können. Der erste Coitus soll sie sehr unangenehm berührt haben, und sie soll geäussert haben, sie könne ihren Mann nicht glücklich machen. Vier Tage nach der Hochzeit nahm die Kranke in selbstmörderischer Absicht Alaun ein und fragte, als das Mittel nicht wirkte, Kinder auf der Strasse, wo man Gift bekommen könnte. Einige Tage später brachte sie sich eine Wunde am linken Handgelenk bei. Als sie ihr Mann einschloss, um einen Arzt zu holen, sprang sie zum Fenster hinunter, ohne sich zu verletzen. Sie wurde darauf zur Mutter gebracht. Dort äusserte sie Verfolgungsideen, glaubte vom Teufel besessen zu sein, sah die Mutter als Leiche u. s. w. Gegen ihren Mann empfand sie Hass und beschimpfte ihn in grober Weise. Sie wurde dann in eine städtische Irrenanstalt gebracht. Dort verhielt sie sich sehr zurückhaltend, war nicht zu einer Aussprache zu bewegen, leicht zum Weinen geneigt, lachte aber im nächsten Augenblick. Sie schlief unruhig, gestikulirte und sprach im Traume. Bei der Aufnahme in hiesige Anstalt war die Kranke orientirt, besonnen, weinte aber viel und befand

sich in gedrückter Stimmung. Sie gab an, ihr Mann liebe sie nicht mehr, da sie eine Sünderin sei. Körperliche Störungen fanden sich nicht. In der Folgezeit wechselte der Zustand zwischen leichter Erregung und Niedergeschlagenheit. Bei einem Besuche ihres Mannes war die Kranke heiter und freundlich. Einige Tage darnach trat wieder verstärkte Erregung auf. Patientin weinte verzweifelt, sie habe alles verloren und ihre Familie zu Grunde gerichtet. Es könne sie niemand mehr liebhaben. Nach einem erneuten Besuche ihres Mannes war die Kranke verändert, freudig erregt, mittheilsam, lachte viel und äusserte wiederholt, sie sei jetzt glücklich. Sie schrieb einen Brief an Mutter und Geschwister und schloss denselben mit der Unterschrift: „Eure glückliche Tochter". Sie war noch Tage lang hypomanisch. Als sie von ihrem Manne 30 Mk. geschickt erhielt, gab sie an einem Nachmittage 14 Mk. für unnütze Kleinigkeiten aus. Eine Wiederholung des Besuches ihres Mannes wirkte wieder günstig auf die Kranke ein. Sie wurde völlig geordnet in ihrem Verhalten, war heiter, freundlich und befand sich von jetzt an im seelischen Gleichgewicht. $^1/_4$ Jahr nach ihrer Aufnahme in hiesige Anstalt wurde Frau B. geheilt entlassen. Bis jetzt ist kein Rückfall eingetreten.

Ueberblicken wir beide Krankengeschichten, so sehen wir, dass im ersten Falle erbliche Disposition insofern vorliegt, als eine Schwester des Vaters einige Zeit schwermüthig war. Die zweite Kranke ist erblich nicht belastet. Beide Frauen sind ferner vor der Hochzeit nicht geisteskrank gewesen, haben aber gewisse psychische Absonderheiten dargeboten. Die erste Kranke war in Folge von Mangel an Selbstvertrauen jederzeit unselbständig in ihrem Auftreten und machte sich, obwohl sie in der Wirthschaft gut Bescheid wusste, vor der Hochzeit quälende Sorgen, ob sie ihren künftigen Haushalt werde in Ordnung halten können. Im zweiten Falle finden wir ebenfalls eine abnorme Veranlagung. Die Frau war von Jugend auf übermässig leicht reizbar, besass eine ausserordentlich lebhafte Phantasie, fasste aber schwer auf und hatte ein schlechtes Gedächtniss. Schon die Verlobungsbesuche brachten sie in Aufregung. Auch sie zweifelte an ihrer Fähigkeit, den Anforderungen des Haushalts gewachsen zu sein, obwohl sie in allen häuslichen Dingen unterrichtet worden war. Es ist noch zu erwähnen, dass beide Frauen anämisch und schwächlich gebaut waren. In dem ersten Falle wurde noch von einer schweren körperlichen Krankheit berichtet, welche erst einige Zeit nach der Hochzeit in die Erscheinung trat. Berücksichtigt man den Sektionsbericht, welcher zahlreiche Varicen der Blasenschleimhaut, ferner Nekrose des vorderen Theiles

der Blase und der benachbarten vorderen Bauchwand, sowie Peritonitis der Umgebung anführt, so könnte man, da eine andere Ursache sich nicht ausfindig machen lässt, auf die Vermuthung kommen, dass in der Hochzeitsnacht entweder in roher Weise mit dem Finger manipulirt oder der Coitus derartig gewaltsam und brüsk (vielleicht war der Penis unverhältnissmässig gross, die Scheidenöffnung aber besonders klein) ausgeführt worden sein könnte, dass dadurch schwere Cirkulationsstörungen in der ohnehin schon durch Varicen der Schleimhaut zur Behinderung des Blutkreislaufs disponirten Blase hervorgerufen worden sein könnten. Diese durch die psychische Erregung vielleicht noch gesteigerten Cirkulationsstörungen würden dann als die Ursache des krankhaften Prozesses in der Blase anzusehen sein. Am Tage nach der Hochzeit sprach die Kranke nicht mehr, jammerte laut, schlug um sich und war gegen sich und die Umgebung gewaltthätig. Die Untersuchungen in der nächsten Zeit erstreckten sich offenbar nur auf die das ganze Bild beherrschende psychische Störung, und erst die später auftretende Blasenblutung gab einen Hinweis auf krankhafte Vorgänge in der Blase.

Was die Form der Psychose betrifft, so kann man wohl den zweiten Fall, soweit man aus der Krankengeschichte allein Schlüsse ziehen kann, zu dem manisch-depressiven Irresein *Kraepelin*'s rechnen. Der erste Fall zeigt anfangs wechselnde Zustände von Depression und Erregung. Das Bild wird aber später dadurch komplicirt, dass in Folge der schweren körperlichen, sich mehr und mehr geltend machenden Erkrankung ein Zustand von deliriöser Erregung und Verwirrung erzeugt wurde, welcher schliesslich zu tiefem Coma führte.

Dass der zweite Fall günstig verlaufen ist, würde für die Ansicht *Obersteiner*'s sprechen, dass Krankheitsfälle, in welchen keine schwere erbliche Disposition vorliegt und in welchen die Erregung und Verwirrung keinen höheren Grad erreicht, eine gute Prognose vermuthen lassen. Die ganz besondern Verhältnisse des ersten Falles lassen es nicht zu, allgemeingültige Schlüsse aus ihm zu ziehen.

Die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle beweisen, wie gefährlich die vielfachen gemüthlichen Erregungen, welche eine

Verheirathung mit sich bringt, für erblich belastete oder psychisch nicht intakte Individuen werden können.

Die seelischen Erschütterungen, welchen das junge Mädchen bis zu der vielleicht mühsam erkämpften Verlobung ausgesetzt ist, die repräsentativen Verlobungsbesuche, die Missgunst und Klatschereien der Freundinnen, die Anstrengungen bei Beschaffung der Ausstattung, die Besorgniss, den künftigen Haushalt nicht zur Zufriedenheit des Mannes besorgen und den Gatten nicht glücklich machen zu können, alles das wirkt auf abnorm reizbare, schwächliche Mädchen in äusserst ungünstigem Sinne ein und vermag eine psychische Störung vorzubereiten. Die dann folgenden Gemüthsbewegungen am Hochzeitstage und vor Allem die erste Cohabitation geben schliesslich den letzten Anstoss zum Ausbruch der Psychose. Die durch den ersten Beischlaf hervorgerufenen Gemüthsbewegungen werden je nach den Verhältnissen verschiedener Art sein. Ist die vielleicht besonders empfindlich und prüde angelegte junge Frau ganz ahnungslos, was ihrer in der Hochzeitsnacht wartet, so ist vorauszusehen, dass sie Schreck und Abscheu erfassen wird, wenn sie einen vielleicht noch in roher und gewaltsamer Weise ausgeführten Coitus über sich ergehen lassen muss. Sie wird darüber entsetzt sein, dass der bisher schwärmerisch geliebte und als hohes Ideal verehrte Bräutigam plötzlich sich so verwandeln und zur Bestie herabsinken konnte. In andern Fällen wird die Betreffende zwar wissen, was ihr bevorsteht, ihr Schamgefühl ist aber derartig empfindlich, dass die Verletzung desselben eine mächtige gemüthliche Erschütterung hervorruft. Ein Beispiel dafür wurde von *Esquirol* angeführt. Oft wird der am Hochzeitstage im Uebermass genossene Alkohol die Sachlage noch dadurch verschlimmern, dass er den Sexualtrieb des Mannes übermässig steigert, die Potenz aber herabsetzt. Da durch den Alkohol zugleich die ethischen und ästhetischen Gefühle abgestumpft werden, und dem Trinker der Ueberblick über die Tragweite seiner Handlungen verloren geht, so resultiren in solchen Fällen lange fortgesetzte und in wüster Weise ausgeführte erfolglose Cohabitationsversuche, welche der jungen Gattin Ekel einflössen müssen oder dieselbe für den Fall, dass sie selbst sinnlich erregt sein sollte, in Folge der Nichtbefriedigung des sexuellen Triebes in hochgradige Aufregung versetzen können.

Der Widerwille, welchen die Frau empfindet, wird noch verstärkt, wenn sie ihren Ehemann nur gezwungen geheirathet hat und Abneigung gegen denselben hegt. Andererseits kommt es auch vor, dass ein Mann eine starke Gemüthsbewegung erfährt, wenn er wider Erwarten in der Hochzeitsnacht an der Ausübung seines ehelichen Rechts gehindert wird. Verfasser erinnert sich eines Falles, in welchem in der Hochzeitsnacht eine junge Frau ihren Gatten aus Schamgefühl nicht in ihr Schlafzimmer einliess. Der Ehemann bat und flehte stundenlang um Einlass, ohne Erhörung zu finden. Er gerieth zuletzt in derartige Erregung, dass er sich im Affekt an der Thürklinke des Schlafzimmers erhängte. Zorn, unbefriedigte Sehnsucht und gekränkter Ehrgeiz mögen wohl zusammengewirkt haben, um die akute Psychose bei dem wahrscheinlich geistig nicht ganz intakten Manne hervorzurufen. Mitunter wird auch der durch die Cohabitation erzeugte Schmerz eine starke psychische Erregung verursachen. Der Beischlaf wird dann stärkere Beschwerden zur Folge haben, wenn Hyperästhesie des Scheideneingangs, Vaginismus vorliegt, ferner, wenn die Weichtheile der Scheide aussergewöhnlich rigide sind oder wenn die Vagina absolut oder relativ eng ist.

In den meisten Fällen wird es aus begreiflichen Gründen unmöglich sein, über die Vorgänge der Hochzeitsnacht genaueren Aufschluss zu erhalten, und man wird gewöhnlich auf Vermuthungen angewiesen sein. Vielfach wird nicht nur eine der aufgeführten Ursachen wirksam sein, sondern mehrere werden sich zur Erzeugung der Psychose vereinigen.

Nach den bisherigen Erfahrungen sind es meist erblich belastete oder geistig abnorme Menschen, welche in Folge der Gemüthsbewegungen, welche die Verheirathung, besonders die Hochzeitsnacht mit sich bringt, geistig erkranken. Es ist daher von einer Verehelichung erblich belasteter Mädchen, welche stärkere psychische Eigenthümlichkeiten darbieten, abzurathen. Vor Allem ist das noch hier und da im Publikum zu findende Vorurtheil zu bekämpfen, dass die Heirath für geistig nicht normale, „nervöse" Mädchen ein Heilmittel sei.

Literatur.

1. *Esquirol's* Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen, 1827, S. 64.

2. *Kraepelin*, Psychiatrie, 6. Aufl., Bd. 1, S. 58.
3. *Moebius*, Referat über *Obersteiner's* Arbeit: „Ueber Psychosen in unmittelbarem Anschlusse an die Verheirathung (nuptiales Irresein)" in Schmidt's Jahrbücher Bd. 275, 1902, Heft 7, S. 71.
4. *Obersteiner*, Ueber Psychosen in unmittelbarem Anschlusse an die Verheirathung (nuptiales Irresein), Jahrbücher f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 22, S. 313.
5. *Savage*, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten und der Psychoneurosen, 1887, S. 429.
6. *Schüle*, Handbuch der Geisteskrankheiten, 1878, S. 313.
7. *Toulouse*, Les causes de la Folie, prophylaxie et assistance, 1896, S. 134.
8. *Ziehen*, Psychiatrie, 2. Aufl., Leipzig 1902, S. 256.

Analogien zwischen Zuständen von Geisteskrankheit und den Träumen normaler Personen.

Von

Dr. **C. M. Giessler**-Erfurt.

Der Traumzustand ist der umfassendste seelische Zustand, den es giebt. Dies hat darin seinen Grund, dass hier die Anzahl der verschiedenen möglichen Konstellationen im Zusammenwirken der nervösen Funktionen die relativ grösste ist. Zwar wird das Niveau der höheren seelischen Leistungen (logische Berechnung, moralisches Bewusstsein, religiöses Empfinden, dichterisches Produziren) nur selten erreicht und strenge wissenschaftliche Ueberlegungen kommen überhaupt nicht vor, andererseits auch nicht die schweren Formen von Geisteskrankheit. Wohl aber finden wir Anklänge an viele psychische Bethätigungen normaler wie pathologischer Art, welche den Bereich zwischen dem höheren psychischen Niveau und der tiefsten Reduzirung des Seelischen angehören. Indem wir nun im Stande sind, diese Anklänge an das normal Psychische, an die Kinderpsychologie, an Geisteskrankheit und Hypnotismus während des Traumzustandes anschaulicher und gesonderter zu beobachten, vermögen wir unsere Ansichten über viele der den erwähnten Disziplinen zugehörigen Thatsachen zu befestigen und zu erweitern. Den meisten Nutzen hat bisher die Semeiologie aus der Traumbeobachtung gezogen, jener Zweig der Traumwissenschaft, welcher darauf ausgeht, aus den Träumen auf das Bestehen von allgemeinen pathologischen Zuständen und von Geisteskrankheiten zu schliessen.

Mit den Träumen Geisteskranker haben sich eine grosse Zahl von Autoren beschäftigt. *Vaschide* und *Piéron*[1]) geben hierüber eine ausführliche Uebersicht, der wir Folgendes entnehmen: Am charakteristischsten sind die Träume Epileptischer. Ihre Träume sind peinlicher und schreckhafter Natur. Die Kranken fühlen sich nach *Féré* schon im Traume als Schauplatz epileptischer Krisen, sie empfinden Zittern der Gliedmassen, Verdrehungen und heftige Bewegungen des Kopfes, Schütteln der Beine, Steifwerden der Finger, sie uriniren, beissen sich in die Zunge u. s. w. Oft findet eine Vermischung schreckhafter Träume mit erotischen statt. Letztere zeigen nach *Ducosté* ein regelmässiges Erscheinen von Gebilden mit rother Färbung und von bestimmten Körpertheilen, nämlich des Schädels, der Brust und der Geschlechtstheile. Weniger charakteristisch sind die Träume Hysterischer. Sie haben nur das gemeinsam, dass sie einen abnormen Einfluss auf das wache Leben, auf die Ansichten und Handlungen des Individuums gewinnen. Die Träume Hysterischer sind meist ermüdender und schreckhafter Natur. In manchen Fällen rufen sie unbewusste Bewegungen, Contraktionen der Arme und Beine hervor. Noch unbestimmter sind die Träume bei anderen Arten von Geisteskrankheit. *Tissié* bezeichnet die Träume bei Lypemanie als traurige, bei Manie als bizarre, bei Dementia als flüchtige, bei Stupidität als unbestimmte und unzusammenhängende. Die Alkoholiker haben vorherrschend Verfolgungsträume. Auch sehen sie allerlei ihnen widerwärtige Thiere, wie Ratten, Krebse, Schlangen, Käfer, u. s. w. In vielen Fällen deuten die Träume beginnende Geisteskrankheiten an, sie bilden prognostische Symptome für das Bestehen von Geisteskrankheiten, welche bisher noch im Unterbewussten wirkend im Begriff stehen, das Bewusstsein des wachen Lebens zu ergreifen. Solche Träume kehren regelmässig wieder. Die in ihnen verarbeiteten Gedanken beziehen sich auf Grössenwahn, Gattenuntreue, Stürze ins Meer, in Abgründe, Verfolgungen, Anblick eines schrecklichen Ereignisses im Anschluss an ein solches Erlebnis im Wachen u. s. w. Hierher gehören auch die von *Näcke* erwähnten Fälle, wo die Kranken im Anschluss an ihre Träume verbrecherische Handlungen gegen sich selbst (Selbstmord) oder gegen Andere (Mord, Brand-

[1]) *N. Vaschide* et *H. Piéron*, La psychologie du Rêve. Paris 1902.

stiftung, Diebstahl) begehen, sowie die mystischen Träume, welche oft nur auf den Traum beschränkt, in vielen Fällen jedoch als „onirische Halluzinationen" während des wachen Lebens auftreten, und in denen der Träumende Erscheinungen von Gott, Christus, der heiligen Jungfrau und den Engeln zu haben glaubt. Endlich sind noch die Träume von solchen Individuen zu erwähnen, welche sich erst an der Grenze des Irreseins befinden. Hier bleiben die Wahnideen auf den eigentlichen Traumzustand beschränkt, oder die Traumbilder beharren noch einige Zeit nach dem Erwachen.

Bietet uns das Vorstehende eine Uebersicht über diejenigen Fälle, in denen der Charakter des Traumes in einer wirklich vorhandenen oder drohenden Geisteskrankheit des Träumenden wurzelt, so kann man demgegenüber mit Fug und Recht behaupten, dass überhaupt jeder Träumende als solcher ein Geisteskranker ist, selbst wenn er seinem wachen Leben nach als normal bezeichnet werden muss. Die Untersuchung der Träume Normaler auf ihren psychiatrischen Gehalt hin dürfte demnach eine wichtige Ergänzung zu den semeiologischen Arbeiten bilden. Dabei würde es sich darum handeln, diejenigen pathologischen Elemente aufzusuchen, welche sich in den Träumen Normaler finden, d. h. die Analogieen zwischen Zuständen von Geisteskrankheit und den Träumen normaler Personen nachzuweisen.

Neuerdings haben sich namentlich *Spitta* und *Radestock*, partiell auch *Vold* mit dieser Frage beschäftigt. *Spitta*[1]) fasst das Gemeinsame beider Zustände kurz folgendermassen zusammen: 1. Aufhebung oder doch Retardation des Selbstbewusstseins, in Folge dessen Unkenntniss über den Zustand als solchen, also Unmöglichkeit des Erstaunens, Mangel des moralischen Bewusstseins, 2. modificirte Perception der Sinnesorgane, und zwar im Traume verminderte, im Wahnsinn im Allgemeinen gesteigerte, 3. Verbindung der Vorstellungen unter einander lediglich nach den Gesetzen der Association und Reproduktion, also automatische Reihenbildung, daher Unproportionalität der Verhältnisse zwischen den Vorstellungen (Uebertreibungen, Phantasmen) und aus alledem resultirend 4. Veränderung, beziehungsweise Umkehr der Persön-

---

[1]) *H. Spitta*, Die Schlaf- und Traumzustände der menschlichen Seele. Tübingen 1883, S. 199.

lichkeit und zuweilen der Eigenthümlichkeiten des Charakters (Perversitäten).

Einen ausführlicheren Vergleich giebt *Radestock*[1]). Er führt folgende Vergleichsmomente an: Im Wahnsinn ebenso wie im Traume besteht eine gesteigerte Reizbarkeit und automatische Reizungen einzelner sensorischer und motorischer Gebiete des Gehirns. Die sensorische Erregung äussert sich als Hallucination oder Illusion, die motorische als Zwangshandlung. Die Vorstellungen verbinden sich nach den Gesetzen der Association. Traum und Irresein erhalten beide ihre Färbung von der herrschenden Stimmung. Die Elemente der Wahnideen und Traumideen sind theils äussere, objektive, theils subjektive, dem eigenen Organismus entstammende Eindrücke, theils Reproduktionen aus früherer Zeit. Das näher Liegende wird augenblicklich wieder vergessen, während frühere, an Ereignisse längst vergangener Lebensperioden geknüpfte Vorstellungen leicht reproducirt werden. Das Gedächtniss ist im Allgemeinen nicht umfassend, das Bewusstsein arm. Es herrschen barocke Gedankenverbindungen und Schwäche des Urtheils. Da nur wenige Vorstellungen im Bewusstsein gegenwärtig sind, so werden die neu hinzutretenden in ein falsches Verhältniss zu den bereits vorhandenen gebracht. Daher die Unproportionalität, die Uebertreibungen. Dem rapiden Vorstellungsverlauf des Träumenden entspricht die Ideenflucht des Irren. Beiden fehlt das Zeitmass. Beiden Zuständen gemeinsam ist auch die Spaltung der Persönlichkeit. Alle Vorstellungen besitzen die Stärke unmittelbarer Eindrücke, alle Gedanken werden objektivirt und erhalten den Charakter sinnlicher Wahrheit. Die Aehnlichkeit tritt besonders im Gedankenspiel vor dem Einschlafen und beim Beginn des Irrsinns zu Tage.

Vold[2]) greift ein bestimmtes Gebiet heraus. Seine analogischen Untersuchungen erstrecken sich vorherrschend auf Gesichtshallucinationen kutan-motorischen Ursprungs.

Versuchen wir es nun, unter Benutzung dieser Resultate eine

[1]) *P. Radestock*, Schlaf und Traum, Leipzig 1897, Kap. 9.

[2]) *K. M. Vold*, Ueber Hallucinationen, vorzüglich Gesichtshallucinationen, auf der Grundlage von kutan-motorischen Zuständen und auf derjenigen von vergangenen Gesichtseindrücken. Diese Zeitschrift. Bd. 57.

noch mehr ins Einzelne gehende Uebersicht über die genannten Analogien zu geben. Hierbei werden wir, um Parallelen mit dem Traumzustande erzielen zu können, verschiedene psychiatrische Erscheinungen aus ihren Komplexionen herauslösen müssen, da, wie sich herausstellen wird, die bezüglichen Störungen im Traumzustande einfacherer Natur sind. Was endlich die der vorliegenden Abhandlung zu Grunde zu legende Eintheilung betrifft, so sollen zunächst Erscheinungen mit mehr neuropathischem Charakter wie die Sensibilitätsstörungen und psychischen Zwangszustände, sodann Erscheinungen mit mehr psychopathischem Charakter, wie die Störungen des Gedächtnisses und der Erinnerung, der Vorstellungsbildung und Vorstellungsverknüpfung, des affektiven Lebens und des Handelns und schliesslich noch im Besonderen die Störungen der Sprache behandelt werden.

Kap. I. Die Sensibilitätsstörungen und psychischen Zwangszustände.

Wir fassen die Sensibilitätsstörungen und psychischen Zwangszustände zu einer Gruppe zusammen, weil beide nahe verwandt sind. Sie unterscheiden sich nach *Loewenfeld*[1]) nur dadurch, dass bei ersteren im Gegensatze zu letzteren keine psychische Weiterverarbeitung stattfindet.

Ueber die Sensibilitätsstörungen giebt *C. S. Freund*[2]) eine ausführlichere Uebersicht, die wir hier verwerthen wollen. Die betreffenden Anomalien sind bisweilen auf grössere Komplexe der Körperhaut verbreitet, häufiger jedoch auf kleinere Bezirke beschränkt. Und zwar haben sie ihren Sitz vorherrschend in den Extremitäten. Es gehören hierher das Taubheitsgefühl, Kriebeln, Frostgefühl, Hitzegefühl, Gürtelgefühl; Anästhesien, Hypästhesien und Hyperästhesien bei Berührung, Druck- und Temperaturreizen; Analgesien, Hypalgesien und Hyperalgesien; ferner die Dislokalisationen, nämlich die Störungen des Lagegefühls, Wegfall des Unterschiedes der Sensibilität rechts und links, Verwechselungen von Druck und Berührung und die Verwechselungen bezüglich des

[1]) *Löwenfeld*, Weitere Beiträge zur Lehre von den psychischen Zwangszuständen. *Jolly's* Archiv für Psychiatrie. Bd. 30. 1898.

[2]) *C. S. Freund*, Ueber das Vorkommen von Sensibilitätsstörungen bei multipler Herdsklerose. Ebda. Bd. 22. 1891.

berührenden Gegenstandes. Seltener besitzen diese Störungen einen perversen Charakter, so z. B. wenn bei Berührung ein Gefühl wie von Nadelstichen entsteht, wenn Kälte ein Gefühl wie beim Anfassen von Wolle erzeugt, wenn warme Temperaturreize Empfindungen von Kälte hervorrufen.

Zu den psychischen **Zwangszuständen** rechnet die Psychiatrie eine Reihe von Erscheinungen, welche den Kategorien der Zwangsempfindungen, Zwangsvorstellungen (Zwangshallucinationen) und Zwangshandlungen untergeordnet werden können. Zu den Zwangsempfindungen gehören erstens solche, welche sich auf den Zustand des eigenen Körpers und zwar entweder auf den des Gesammtkörpers oder auf den einzelner Theile beziehen. Die bezüglichen Anomalien bestehen in quantitativen und qualitativen Veränderungen. Zu ersteren gehören Vermehrung und Verminderung des Körpergewichts, dementsprechend die Empfindungen der Schwere, des Versinkens, des Fliegens, Schwebens, Gehobenwerdens, ebenso die Empfindungen der Vergrösserung und Verkleinerung einzelner Körpertheile, ferner die Empfindungen des Schiefstandes, der Ungleichheit der Körperhälften. Als qualitative Anomalien sind zu nennen die Illusion der Umwandlung des Körpers in einen todten oder fremden Leib oder in einen Thierleib oder in leblose Substanzen wie Glas, Holz, Wachs, Butter u. s. w. Oder es kommt dem Kranken so vor, als ob ein Arm oder Bein versteinert, von Gold sei u. s. w. Hierher gehört auch die Vertauschung des Alters und Geschlechts. Der höchste Grad der Defektuosität der Gemeinempfindung findet seinen Ausdruck in dem Gefühle der Selbstdiremption. Es kommt dabei zur Hallucination einer zweiten Person, welche als neben dem eigentlichen Ich existirend angenommen wird. Die Zwangsempfindungen können sich auch auf äussere Objekte beziehen. Hierher gehören die Akkomodationsstörungen bei Annäherung und Entfernung äusserer Objekte, die Vergrösserung und Verkleinerung der Objekte u. s. w. Die Zwangsvorstellungen tauchen nach *Westphal*[1]) meist spontan auf, sie durchkreuzen das normale Denken des Patienten als Gebilde, deren Inhalt absurd ist und werden als solche auch vom Kranken erkannt. Jedoch ist ihr

---

[1]) *Thomsen*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsempfindungen und verwandten psychischen Zuständen. Ebda. Bd. 27. 1895.

Inhalt nach *Wille*[1]) dem Bewusstsein des Kranken nicht immer fremd. Die Zwangshandlungen sind meist direkte Folgen von Zwangsvorstellungen. Die Zwangsvorstellung postulirt die entsprechende Handlung, diese ist jener konkludent. Solche Vorstellungen können nach *Thomsen*[2]) einen Zwang im positiven und negativen Sinne ausüben. Im letzteren Falle handelt es sich um Hemmung einer gewollten Bewegung oder um Ersatz derselben durch eine nicht gewollte. Nicht immer sind die Zwangshandlungen sekundäre Folgen von Zwangsvorstellungen, sie können nach *Wille* auch der Ausdruck einer inneren Spannung oder affektiven Erregung sein.

Der Traumzustand bietet nun sowohl zu den Sensibilitätsstörungen als zu den psychischen Zwangszuständen mancherlei Analogien dar, nur mit dem Unterschiede, dass hier die Klassifizirung der bezüglichen Alienationen unter die eine oder andere Erscheinungsform noch schwieriger wird, da fast immer psychische Weiterverarbeitungen der empfundenen Reizzustände stattfinden. Jedoch wollen wir der Uebersicht halber die im Vorstehenden eingehaltene Reihenfolge beibehalten.

Zu den gewöhnlichsten Sensibilitätsstörungen des Traumes gehören die Anästhesien, Hypästhesien, Hyperästhesien, Analgesien, Hypalgesien, Hyperalgesien, die Störungen der Lokalisation und die Verwechselungen des berührenden Gegenstandes. Seltener sind das Taubheitsgefühl, Kriebeln, Kälte- und Hitzegefühl. Fast der grösste Theil des Körpers ist empfindungslos geworden. Bestehende intensive Sinnesreize machen meist einen viel schwächeren Eindruck auf den Träumenden, als ihrer Natur nach zu erwarten stand[3]). Ebenso gelangen bestehende Schmerzempfindungen oft nicht zum Bewusstsein, oder erst im letzten Theile des Traumes und mit geringer Intensität. Hyperästhesien beobachten wir innerhalb der verschiedensten Sinnesgebiete, vor Allem innerhalb des Tast- und Drucksinns. Hierbei irradiirt eine leise Tast- oder Druckempfindung von einer Stelle der Körperoberfläche nach benachbarten Theilen, wobei eine Potenzirung der Empfindung ein-

[1]) *Wille*, Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Ebda. Bd. 12. 1882.

[2]) *Thomsen*, a. a. O.

[3]) Weshalb *Spitta* die Sinnesperception während des Traumes als eine verminderte bezeichnet. Vergl. *Spitta*, Die Schlaf- und Traumzustände der menschlichen Seele. Tübingen 1883, S. 199.

tritt. Was ferner die Hyperalgesien betrifft, so bestehen dieselben darin, dass ein unregelmässiges Funktioniren der Organe oder eine vorhandene Druck-, Spannungs-, Ermüdungs- oder Schmerzempfindung eine derartige Intensität erlangt, dass sie unerträglich wird[1]). Unter den Störungen der Lokalisation ist die gewöhnlichste die des Lagegefühls. Nur in seltensten Fällen nämlich entspricht die Vorstellung, welche wir im Traume von dem jeweiligen Lageverhältniss unseres Körpers haben, der wirklichen Lage. Bisweilen beobachtet man den Wegfall des Unterschiedes der Sensibilität rechts und links. Häufig sind die Verwechselungen von Druck und Berührung, von Geruch und Geschmack, selten die von Berührung und Temperatur. Mangelhafte Lokalisirung haben wir auch dann, wenn eine Beschleunigung des Kreislaufs sich in der Empfindung der Bewegung dem Träumenden kundgibt. Oft sind wir im Traume in Illusion betreffs des berührenden Gegenstandes begriffen, da wir die verschiedensten Gegenstände zu berühren meinen, während in Wirklichkeit doch nur Berührungen mit Theilen des Bettes, unseres Nachtgewandes oder Körpers vorliegen.

Betrachten wir zweitens die bezüglichen Analoga zu den psychischen Zwangszuständen, und zwar zunächst zu den Zwangsempfindungen. Bekannte Traumerscheinungen sind die Illusion der Leichtigkeit und Schwere des eigenen Körpers, dementsprechend die des Fliegens, Schwebens, des Versinkens. Intensive Berührungen einzelner Körpertheile mit Theilen des Bettes haben die Illusionen der verschiedensten Zwangslagen und Zwangsstellungen zur Folge, wobei ein Angrenzen an Theile der räumlichen Umgebung gespürt wird. Die Illusionen der Vergrösserung und Verkleinerung beziehen sich auch im Traume meist auf die Extremitäten: Finger, Arme, Beine. Von den auf die Auffassung der Persönlichkeit bezüglichen Zwangsempfindungen ist die Vertauschung des Alters eine häufig vorkommende. Auch Akkomodationsstörungen bei Annäherung und Entfernung äusserer Objekte finden wir im Traume. So bewirkt der Wunsch des Träumenden, einen sich nähernden Gegenstand möglichst rasch zu erkennen, dass das An-

[1]) Eine grosse Zahl instruktiver Beispiele für Sensibilitätsstörungen findet man bei *Weygandt*, Entstehung der Träume. Leipzig 1893. Auch bei *Radestock*, a. a. O. S. 117, S. 147. *Spitta* konstatirt Potenzierungen für alle Sinnesgebiete, a. a. O. S. 234.

wachsen der Dimensionen des Körpers viel stärker erfolgt, als dies der Schnelligkeit der Annäherung entspricht. Auf diese Weise behält auch ein sich entfernender Körper bisweilen zu lange die Dimensionen bei, welche er in der Nähe gehabt hatte. Selten treten Selbstdiremptionen im Traume auf, und zwar häufiger partielle als totale. Im ersteren Falle erscheinen stark erregte periphere Körpertheile wie Kopf, Arme, Rücken vom Traumleibe getrennt oder in lockerer Verbindung mit demselben als selbstständige Gebilde. Im zweiten Falle erblickt der Träumende sein eigenes Ich als selbstständige Persönlichkeit. Ein Bekannter *Radestock's*[1]) sah sich selbst im Sarge liegen und beklagte sich als todt. Die Zwangsvorstellungen des Traumes tauchen nur in seltenen Fällen spontan auf, ohne jede associative Beziehung zu vorangegangenen Traum- oder Tagesvorstellungen. Oft sind berührende Beziehungen zu Vorstellungen der Tage vorher nachweisbar. Desgleichen ist die Zwangsvorstellung häufig der Ausdruck eines Wunsches, einer Befürchtung, der Befriedigung einer Neugierde, welche das betreffende Individuum bereits im Wachen einige Zeit hindurch beherrscht hatten. Beispiele für Zwangshandlungen im positiven Sinne bilden die Illusionen, dass wir uns in tanzenden oder springenden Bewegungen befinden, oder dass wir rasch hintereinander eine Reihe von Worten und Wortansätzen aussprechen. Zwangshandlungen im negativen Sinne haben wir in den Behinderungen, die wir bisweilen spüren, wenn wir zu bestimmten Zwecken Arme oder Beine in Bewegung setzen oder unsere Stimme erschallen lassen wollen.

Kap. 2. Die Störungen des Gedächtnisses und der Erinnerung.

Dieselben sind sowohl materieller als formeller Art, d. h. sie betreffen sowohl den Stoff des vom Gedächtniss Festgehaltenen als auch die Form der Wiedergabe. In ersterer Beziehung unterscheiden wir Abnormitäten bezüglich der Quantität des Erinnerten und solche bezüglich der Qualität desselben. Zu den quantitativen Störungen gehören die Amnesien und Hypermnesien, welche beide wieder in allgemeine und besondere

---

[1]) *Radestock*, a. a. O., S. 159.

eingetheilt werden. Systematische Untersuchungen über dieselben verdanken wir vor Allem *Th. Ribot*[1]). Im Allgemeinen entspricht das Zuwenig oder Zuviel der Erinnerung einer Herabsetzung bezw. Erhöhung des Selbstgefühls des Kranken und der damit verbundenen Entfremdung bezw. Annäherung des Ich seiner Vorstellungswelt gegenüber.

Betrachten wir zunächst die Amnesien. Die allgemeinen Amnesien sind nach *Ribot* anfänglich nur auf die neueren Ereignisse aus dem Leben des Geisteskranken beschränkt. Dies geht so weit, dass, wie *Freund*[2]) behauptet, die Erinnerung an ein Vorkommniss bereits nach einigen Stunden, ja sogar schon nach wenigen Minuten getrübt oder geschwunden ist. Die Kranken wissen mehrere Stunden nachher nicht mehr, ob sie schon Mittagbrot gegessen haben oder nicht, sie vermögen die genossenen Speisen nicht anzugeben. Sie entsinnen sich der stattgefundenen körperlichen Prüfung, der Visite des Arztes nicht mehr. Allmählich jedoch verschwindet auch der ältere Fond, über den die Kranken bisher noch verfügt hatten, die wissenschaftlichen, artistischen, professionellen Kenntnisse, speziell die Kenntnisse der fremden Sprachen, ebenso die Erinnerung an persönliche Ereignisse. Langsamer verlieren sich die Gefühle, da dieselben fester im Organismus begründet sind, als unmittelbarer Ausdruck der Persönlichkeit. Am längsten bleibt die Erinnerung für die täglichen Gewohnheiten bestehen. Unter den partiellen Amnesien unterscheidet *Kraepelin*[3]) den Verlust der zeitlich begrenzten Erinnerungsbilder sowie des Orts-, Zahlen-, Namen-, Formen- und Farbengedächtnisses. Am längsten hält sich das Personengedächtniss und verschwindet selbst bei eintretender Seelenblindheit erst in den höheren Stadien dieser Geisteskrankheit.

Während bei den Amnesien der Ausfall der Erinnerungen das Charakteristische bildet, bezeichnen die Hypermnesien diejenigen quantitativen Erinnerungsanomalien, in denen ein Uebermass von Erinnerungen producirt wird. Der allgemeinste Fall ist der, dass während einer kürzeren oder längeren Periode eine

---

[1]) *Th. Ribot*, Les maladies de la mémoire. Paris 1897.

[2]) *C. S. Freund*, Klinische Beiträge zur generellen Gedächtnissschwäche. *Jolly's* Archiv, Bd. 20. 1889.

[3]) *E. Kraepelin*, Psychiatrie. Leipzig. 1896.

grosse Masse von Erinnerungen direktionslos verlaufen. Die partiellen Hypermnesien bestehen in übermässig detaillirten Erinnerungen an Ereignisse, Räumlichkeiten, Gegenstände u. s. w., welche sich der betreffenden Person meist in jüngeren Jahren tiefer eingeprägt hatten.

Die zweite Klasse der materiellen Störungen des Gedächtnisses und der Erinnerung umfasst die qualitativen Störungen, die Erinnerungsfälschungen. Man unterscheidet zwei Arten, entsprechend jener oben erwähnten Entfremdung bezw. Annäherung des Ich seiner Vorstellungswelt gegenüber. In beiden Fällen ist die inhaltliche Uebereinstimmung des Gedächtnissbildes mit der vergangenen Erfahrung mangelhaft geworden[1]. Die Kranken der ersten Art können sich nicht mehr so recht in ihrer Umgebung orientiren. Letztere enthält Elemente, welche dem Kranken fremd geworden sind. Sie begreifen die Bedeutung, welche eine Thatsache für sie hat, nur mit grosser Mühe, nur für einen Augenblick und ganz oberflächlich[2]. Ganz besonders ist die Fähigkeit, zeitlich zu lokalisiren, getrübt. Die zeitliche Zusammenordnung hat sich gelöst, und es finden neue zeitliche Zusammenordnungen statt, welche allerlei Anachronismen aufweisen. Was drittens die Erinnerung an die Erlebnisse betrifft, so entstammen dieselben den eigenen Erlebnissen, sie sind aber in anderer Weise kombinirt, oder sie sind mit den Erlebnissen fremder Personen vermischt. Die soeben genannten qualitativen Störungen können wir mit *Kraepelin* als „Illusionen der Erinnerung" bezeichnen. In den Fällen der zweiten Art entsteht die Erinnerungsfälschung nicht unter Anknüpfung an ein erlebtes Ereigniss, sondern als völlig freie Erfindung einer scheinbaren Reminiscenz, der gar kein Vorbild aus der Vergangenheit entspricht. Dies sind zum Unterschied gegen das Vorige gleichsam „Hallucinationen der Erinnerung". Auf diese Weise „kann ein beliebiges Phantasiegebilde, welches im Laufe der Vorstellungsbewegung entsteht, als vermeintliche Reminiscenz ins Bewusstsein treten". Zu den einfachen Erinnerungsfälschungen dieser Art gehören die Fälle, wo die Kranken Neigung zeigen,

---

[1] *Kraepelin*, Ebenda.

[2] *J. Orschansky*, Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehung zur Verrücktheit und Dementia. *Jolly's* Archiv Bd. 20. 1889.

alles sie Umgebende auf sich zu beziehen, Lebensstellungen, Funktionen, Titel Anderer auf sich zu übertragen. In komplicirteren Fällen [1]) glaubt der Kranke einen in Wirklichkeit neuen Zustand bereits früher einmal erlebt zu haben. Seine Umgebung, die Situation kommen ihm bekannt vor.

Von den materiellen Störungen sind die formellen zu trennen. Dieselben betreffen die Form, in welcher die Erinnerung von statten geht. Am wenigsten gestört ist das emotionelle Gedächtniss. Die begleitenden Emotionen rütteln das Psychische auf und regen somit auch das Gedächtniss an, so dass die Erinnerungen wiederkehren. Dies zeigt sich vor Allem an den Veränderungen, welche das Spontansprechen der Kranken erfährt. So berichtet *Pick* [2]) über einen Kranken, der im Allgemeinen spontan nichts oder nur sehr wenig sprach, und dessen Sprache sogleich reichhaltiger wurde, sobald er in Affekt gerieth. Ganz besonders ist ein Wiederaufleben der Erinnerungsfähigkeit an Schwachsinnigen und Idioten beim Nahen des Todes beobachtet worden, ebenfalls in Folge der damit verbundenen ausserordentlichen Erregung. Am meisten gestört ist das ingeniöse bezw. judiciöse Gedächtnis, d. h. die Fähigkeit der willkürlichen Erinnerung. Letztere bedarf gewisser fester Stützpunkte, mit Hilfe deren die Reproduktionen zeitlich und kausal geordnet werden. Diese Stützpunkte sind jedoch dem Kranken abhanden gekommen. Denn, wie wir sahen, fehlt dem Kranken die Klarheit über den Zeitpunkt der Ereignisse, sowohl der allgemeinen historischen als auch wichtiger Ereignisse aus seinem Privatleben oder aus dem seiner Umgebung.

Vergleichen wir mit dem Vorstehenden die bezüglichen Analogien des Traumzustandes. Da auch hier die Entfremdung gegenüber der Annäherung des Ich an seine Welt überwiegt, so überwiegt auch bezüglich der Erinnerung das Zuwenig gegenüber dem Zuviel. Betrachten wir zunächst die Amnesien. Bekanntlich knüpfen die meisten Träume an Gedanken und Erlebnisse der vorhergehenden Tage an. Hierbei ist nun die Erinnerung an dieselben als an Facta dem Gedächtniss des Träumenden meist gänz-

---

[1]) Ausführliches darüber bei *Kraepelin*, Ueber Erinnerungsfälschungen. Dasselbe Archiv. Bd. 18. 1887.

[2]) *A. Pick*, Beiträge zur Lehre von den Störungen der Sprache. Ebenda. Bd. 23. 1892.

lich geschwunden, und es kommt meist nur zu formellen Reproduktionen: Der bezügliche Gedanke kehrt in der Weise wieder, dass sein Inhalt als Factum behandelt wird, selbst wenn im Wachen nur die Absicht zur Erfüllung vorgelegen hatte, oder als etwas noch Beabsichtigtes, auch wenn die Erfüllung im Wachen bereits erfolgt war. Je tiefer die Ereignisse des wachen Lebens unser Gemüth erschüttert haben, z. B. der Tod einer geliebten Person, um so länger dauert es, bis sie vom Traumgedächtniss als Facta festhalten werden. Je entfernter die Ereignisse der Jugendzeit des Träumenden liegen, um so schwieriger ist ihre Reproduktion. Die Träume derselben Nacht behandeln meist verschiedene Themata, und es besteht in den nachfolgenden Träumen meist keinerlei Erinnerung an die Ereignisse der vorhergehenden. — Wie die Erinnerungen an ganze Lebensperioden beim Träumenden defekt werden, so schwinden auch die speciellen professionellen, artistischen und sprachlichen Kenntnisse, wofür folgende Beispiele als Belege: Ich vermochte, trotzdem ich von Haus aus Mathematiker bin, im Traume nicht einzusehen, dass die Rechnung $75 = 2 \cdot 45$, also $75^2 = 2^2 \cdot 45^2 = 4 \cdot 100$, denn $25^2 = 4 \cdot 25 = 100$ starke Fehler enthielt. Der Anblick einer Musikantenbande, deren Geiger ihre Instrumente hinter dem Rücken senkrecht nach unten hängen liessen, indem sie mit den Bögen wagerecht dagegen strichen, erregte in mir, trotzdem ich des Geigenspiels kundig bin, den Gedanken, dass dies eine recht zweckmässige Haltung sei. Vini et americani übersetzte ich als „Weine und Kräfte“. Sogar die Erinnerung an die täglichen Gewohnheiten, z. B. das Sichankleiden, wird im Traume unsicher. Mir träumte, ich befände mich beim Anziehen. Doch geschah dasselbe nicht in der richtigen Ordnung. Die gewohnten Griffe erfolgten unsicher und ungeschickt. Auch war die Ausführung konfus. Beim Anziehen der Weste merkte ich nämlich, dass ich zwei Westen über einander gezogen hatte. Nicht minder macht sich im Traume der Verlust des Ortsgedächtnisses, der zeitlichen Begrenzung der Erinnerungsbilder, des Zahlen-, Namen-, Formen- und Farbengedächtnisses bemerkbar. In vielen Träumen kommt uns unsere räumliche Umgebung gänzlich unbekannt vor. Ein eklatantes Beispiel für den Verlust der zeitlichen Begrenzung ist folgendes: In einem meiner Träume glaubte ich in einer Schulklasse auf einer der letzten Bänke zu sitzen. Es waren Politiker

der Jetztzeit anwesend, welche Reden hielten. Plötzlich hiess es: „Luther ist da!“ Auf der zweiten vorderen Bank erhob sich ein Herr, dessen Aeusseres jedoch mit dem Luther's nicht übereinstimmte. Von allen Seiten stürmte man auf ihn ein, um ihn zu begrüssen. Ich selbst reichte ihm die Hand und sagte: „Es freut mich, Sie kennen zu lernen.“ Obwohl ich dabei einen Moment zweifelte, ob es Luther wirklich wäre, kam ich doch bald zu dem Resultate, dass er immerhin noch leben könne, wenn er auch ein älterer Mann sein müsse. Auch das Zahlengedächtniss wird durch den Traumzustand im amnestischen Sinne beeinflusst. Mein Vater wurde gefragt, wann der Siebenjährige Krieg stattgefunden hätte. Er fand nur das Anfangsjahr, nicht aber das Endjahr, letzteres erst, indem er zu der gefundenen Jahreszahl 7 hinzuaddirte. Oft treten uns im Traume Personen entgegen, welche die Eigenschaften, Manieren, Funktionen von uns bekannten Personen aufweisen, ohne dass wir im Stande sind, den Namen derselben zu finden. Zu den Amnesien des Formengedächtnisses gehören diejenigen Fälle, wo Zwittergebilde erscheinen, welche keiner einheitlichen Vorstellung des wachen Lebens untergeordnet werden können, so z. B. ein Gebilde, welches oben ein Strohgeflecht, unten den mittleren Theil eines Kochofens zeigt, oder ein lebendes Wesen, bei welchem der Oberkörper dem einer Frau, der Unterkörper dem eines schwarz befiederten Vogels entlehnt ist und Aehnliches. Die meisten der im Traume erscheinenden Gebilde sind farblos. In andern Fällen entsinnen wir uns der feineren Farbennüancen nicht. An ihrer Stelle erscheinen die entsprechenden Grundfarben.

Bei den Hypermnesien übersteigt die Zahl der bei den einzelnen Reproduktionen mitwirkenden Elemente das Normale. Die allgemeinen Hypermnesien sind dadurch gekennzeichnet, dass Vorstellungsfolgen mit grosser Schnelligkeit und ungeordnet unter Heranziehung von Ansätzen entsprechender Erinnerungsbilder ablaufen. Scenische und dramatische Elemente lösen in raschem Wechsel einander ab. Bisweilen erreicht das Tempo der Aufeinanderfolge eine ungeheure Geschwindigkeit, und es kann sich ereignen, dass Vorstellungsreihen von verhältnissmässig bedeutender Länge im Augenblick eines auftauchenden Reizes, gleichsam zur Motivirung desselben, erscheinen. Allerdings steht es nicht fest, ob die Zahl der ablaufenden Vorstellungen wirklich eine so grosse

gewesen ist, wie bisweilen angenommen wird.[1]) Partielle Hypermnesieen beobachten wir vornehmlich in solchen Fällen, wo es sich um Reproduktionen aus der Jugendzeit handelt. So z. B. reproducirte einer meiner Träume mit erstaunlicher Sicherheit gewisse lokale Einzelheiten aus der Wohnung, welche meine Eltern innegehabt hatten, sowie aus anderen Räumen, welche ich damals betrat. Im Wachen würde es mir nicht gelungen sein, sie überhaupt jemals wieder zu reproduciren, geschweige denn mit dieser Deutlichkeit, namentlich auch hinsichtlich des Kolorits. Dieselbe Genauigkeit fand ich auch beim Reproduciren von Physiognomien von mir bekannten Personen aus jener Zeit.

Während bei den Amnesien der Mangel, bei den Hypermnesien das Uebermass der bei der Reproduktion betheiligten Elemente das Charakteristische bildet, sind die qualitativen Störungen des Gedächtnisses, die Paramnesien, durch Fälschungen der Elemente gekennzeichnet. Die inhaltliche Uebereinstimmung des Gedächtnissbildes mit der vergangenen Erfahrung ist mangelhaft geworden. Entsprechend dem Vorwiegen der Entfremdung des Individuums gegenüber seiner Vorstellungswelt überwiegen auch bei den Erinnerungsfälschungen diejenigen Fälle, wo unter den Elementen der reproducirten Komplexe eine geringere oder grössere Zahl fremder, nicht zugehöriger erscheinen, welche anderen Komplexen entlehnt sind. Dies gilt vor Allem von der räumlichen Umgebung. Häufig kommen Vermischungen von Elementen räumlich benachbarter Oertlichkeiten vor oder solcher, welche an den Tagen zuvor vom Träumenden direkt oder indirekt zu einander in Beziehung gesetzt worden waren. Bezüglich des Dramatischen ist zu konstatieren, dass die grosse Mehrzahl der Traumereignisse völlig freie Kombination von Elementen eigener Erlebnisse des Träumenden oder vermischt mit Erlebnissen Anderer bilden. Die Fälle, wo der Traum eine reale Rekapitulation eines Ereignisses aus dem wachen Leben liefert, sind daher selten. Bisweilen sind Scenerie und Handlung als Ganzes jede einem andern Traumerlebniss entlehnt und von der Traumphantasie zu einem neuen Bilde zusammengestellt. Seltener als die Paramnesien im Scenischen und Dramatischen sind die des

[1]) *Clavière*, La rapidité de la pensée dans le rêve. Revue philos. Bd. 43. S. 507ff. 1897. *Tobolowska*, Étude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal. Paris. S. 54. 1900.

Formen-, Zeit-, Zahlen-, Namen- und Farbengedächtnisses. Viele der erwähnten Vermischungen räumlicher Elemente ziehen gleichzeitig gewisse Formenveränderungen der entsprechenden Gebilde nach sich. Die Verwebung heterogener dramatischer Elemente dagegen begünstigt das Auftreten von Anachronismen: zeitlich von einander getrennte Ereignisse werden einander genähert, oder die Folge der Ereignisse kehrt sich um. Ein Beispiel für die Paramnesieen des Zahlengedächtnisses ist folgendes: Mir träumte, ich hätte zusammen mit einem Mitschüler als Censur unter einer mathematischen Arbeit No. 38a erhalten. Es erregte dies meine Zufriedenheit, da die Arbeiten anderer Schüler mit 4 und 5 censirt worden waren. Hier war offenbar an Stelle einer der erwarteten Censuren 1 bis 5 eine falsche aufgetreten. Die Paramnesien des Namengedächtnisses treten bei der Personenbenennung in denjenigen Fällen hervor, wo der Name das Primäre, das Erscheinen des Trägers desselben das Sekundäre ist: Die auftretenden Personen passen dann nämlich meist so wenig zum Namen, dass selbst der Träumende stutzig wird. Beispiele für Farbenparamnesien liefert die von *Vold*[1]) angeführte Thatsache, dass statt der vor dem Einschlafen gesehenen Färbungen der Gegenstände im Traume häufig die entsprechenden Complementärfarben erscheinen. — Wie in den bisherigen Fällen die „Bekanntheitsqualität" eine zu geringe war, ist sie in den Fällen einer zweiten Gruppe eine übermässig grosse, entsprechend der Annäherung des Individuums an seine Vorstellungswelt. Wir haben hier einfache und komplicirte Erinnerungsfälschungen zu unterscheiden. Einfache Fälschungen bestehen dann, wenn der Träumende die Erlebnisse, Funktionen, Titel Anderer auf sich überträgt. Bei komplicirteren Erinnerungsfälschungen kommt die ganze Situation mit ihren Einzelheiten dem Träumenden bekannt vor. Obwohl die meisten Träume mit Situationen, Ereignissen und Personen operiren, welche dem Träumenden unbekannt sind, und demnach ein Wiedererkennen unmöglich ist, glauben die Träumenden trotzdem bisweilen eine Situation oder ein Ereigniss genau wiederzuerkennen. Hierbei handelt es sich oft um Erinnerungsfälschungen[2]).

---

[1]) *Vold*, Expériences sur le rêves et en particulier sur ceux d'origine musculaire et optique. Christiania 1896.

[2]) *Egger*, Le souvenir dans la rêve. Revue philos. Bd. 46. S. 154 ff. 1898.

Dieselben kommen bei der bestehenden Steigerung des Selbstgefühls unter dem Drucke vorhandener Gedankenbewegungen und Wahrnehmungen zu Stande, und zwar durch eine Art von Einrede, welche die scheinbar in Folge eines Defizits des Gedächtnisses nicht erkannten Beziehungen dem Träumenden wieder ins Gedächtniss zurückzurufen sucht. Der Vollständigkeit halber muss allerdings zugegeben werden, dass die Traumphantasie unter Umständen in dieselben Bahnen gelangen kann, wie in früheren Jahren, in welchen Fällen alsdann keine Erinnerungsfälschungen vorliegen.

Fassen wir schliesslich noch die Form der Reproduktion ins Auge, so müssen wir zunächst konstatiren, dass die emotionelle Reproduktion im Traumzustande selten in Aktion tritt, da die Wiederkehr konkreter Erinnerungen zu den Seltenheiten gehört, und da der Träumende die Ereignisse seiner Welt meist nur ganz oberflächlich zu sich in Beziehung setzt. Wo ein emotionelles Reproduziren vorkommt, da hebt sich sogleich die Treue des Gedächtnisses, die Amnesien treten zurück. In solchen Fällen stehen uns die für den jeweiligen Denkakt nothwendigen Vorstellungen zur Verfügung. Dagegen machen sich beim judiziösen Reproduziren die auch für Geisteskranke geltenden Mängel bemerkbar, dass nämlich die für die Orientirung nöthigen Stützpunkte, d. h. die Erinnerung an bestimmte festliegende Ereignisse fehlen, so dass die Entscheidung nicht getroffen werden kann. Wir haben also hier ein unbestimmtes Schwanken.

Kap. III. Die allgemeinen Störungen der Vorstellungsbildung und Vorstellungsverknüpfung.

Mit Zugrundelegung der Arbeiten von *Wille*[1]), *Orschansky*[2]), *E. Meyer*[3]) und *Kraepelin*[4]) unterscheiden wir Abnormitäten in Bezug auf das Tempo des Produzirens und Verschwindens der Vorstellungen, ferner bezüglich ihrer Qualität und ihrer gegenseitigen Beziehungen. Was zunächst das Produziren betrifft, so giebt es

---

1) *Wille*, Lehre von der Verrücktheit. *Jolly*'s Archiv Bd. 19. 1888.

2) *Orschansky*, Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehung zur Verrücktheit und Dementia. Ebenda Bd. 20. 1889.

3) *E. Meyer*, Beitrag zur Kenntniss der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Ebenda Bd. 32. 1899.

4) *Kraepelin*, Psychiatrie. Leipzig 1896.

bekanntlich Geisteskrankheiten, bei denen die Vorstellungsproduktion ungemein langsam und solche, bei denen sie ungemein rasch verläuft. Letzteres kommt seltener vor als Ersteres. Das rasche, fast augenblickliche Verschwinden z. B. bei manischer Erregung bezeichnet man als Ideenflucht. Bezüglich ihrer Qualität charakterisirt sich die Vorstellungswelt der Geisteskranken durch die grosse Zahl der auftretenden Halluzinationen und Illusionen. Ueberhaupt tritt die Bezugnahme auf die sinnliche Seite der Vorstellungen besonders in den Vordergrund. Auch gewisse Anomalien beim Heranziehen der Merkmale beeinflussen die Qualität der Vorstellungen. Die Assoziationsbahnen, welche bei der Konstituirung der Merkmale thätig sind, funktioniren mangelhaft. Das Unwesentliche wird nicht vom Wesentlichen, das Allgemeine nicht vom Besonderen unterschieden. Weiterhin gehört zu den allgemeinen Störungen der Vorstellungen die Mangelhaftigkeit der gegenseitigen Beziehungen derselben. Die Kranken haften an den Einzelerfahrungen, ohne im Stande zu sein, das Gemeinsame derselben zu erkennen. Darunter leidet die Begriffsbildung. Die Begriffe werden verschwommen, unklar, einseitig. In Folge dessen genügen schon entfernte Aehnlichkeiten für eine Gleichsetzung. Derartige Verwechselungen sind nach *Lissauer*[1]) und *Fr. Müller*[2]) namentlich bei den Seelenblinden typisch. Solche Kranke halten Spiegel für Fenster, Kästen für Bilder, ein Papierblatt für eine Serviette u. s. w. — Offenbar können mit Hilfe dieser mangelhaften Vorstellungen und Begriffe auch nur verschrobene und einseitige Urtheile zu Stande kommen. So fehlt es namentlich an der richtigen Verbindung neuer Vorstellungen mit alten. Vor Allem mangelt der kausale Zusammenhang. Es fällt dem Kranken schwer, die Konsequenzbeziehungen zwischen den jeweiligen Veränderungen im Zustande irgend eines Gegenstandes zu begreifen. Der Mangel an Zwischengliedern wird rasch durch immer bereite Vermuthungen ergänzt, und die Widersprüche in mehr oder weniger willkürlichen Umgestaltungen verwischt. — Bisweilen besitzen die Kranken eine Ahnung davon, dass sie geisteskrank sind. — Da das Denken sich nicht über das Gebiet

---

[1]) *Lissauer*, Ein Fall von Seelenblindheit *Jolly*'s Archiv, Bd. 21. 1889.

[2]) *Fr. Müller*, Ein Beitrag zur Kenntniss der Seelenblindheit. Ebenda Bd. 24. 1892.

les unmittelbar sinnlich Gegebenen erhebt, so ist die gesammte Lebenserfahrung auf den nächsten und engsten Kreis beschränkt. — Bei der Bildung von Vorstellungsreihen fehlen die Zielvorstellungen. Dies bildet den Hauptgrund für die oben erwähnte Ideenflucht. Man bemerkt daher im Denken des Kranken einen häufigen Richtungswechsel, häufiges Ablenken durch Nebenumstände.

Suchen wir nun zu Vorstehendem die bezüglichen Analogien des Traumzustandes.

Im Traumzustande ist das langsame Produziren der Vorstellungen die Regel. Dasselbe hat erstens seinen Grund darin, dass die Neigung zum Verbildlichen der Vorstellungen vorherrscht, zweitens darin, dass die im Wachen gesetzten Spurenfolgen der Vorstellungsreihen, welche den Fortschritt automatisch erleichtern würden, in Zerfall gerathen sind. Im Gegensatz hierzu kommt rasches Produziren selten vor (Hypermnesien). Allgemein ist die kurze Dauer der Vorstellungen. Bezüglich der Qualität überwiegt das bildliche Element über das repräsentative. Der grössere Theil der im Traum auftauchenden Vorstellungen sind Illusionen und Halluzinationen. Erstere nehmen in leichten Sinneseindrücken und in Zuständen der inneren Organe ihren Ausgangspunkt[1]). Letztere sind auf spontan auftretende Vorstellungen zurückzuführen, welche meist zu bereits vorhandenen Vorstellungen in assoziativ gefestigtem oder apperzeptivem Verhältniss stehen. Sie resultiren dementsprechend entweder aus den dynamischen Verhältnissen der Spurenfolgen, welche vorangegangene häufigere Wiederholungen oder ein einmaliges, mit tieferem Eindruck verbundenes Erlebniss hinterlassen haben. Oder das Auftreten der Vorstellungen ist logisch postulirt zur Verhütung oder Abschwächung eines drohenden logischen Kontrastes. Oder aber es liegt der spontanen Erzeugung der Vorstellungen der Wunsch zu Grunde, eine für das Individuum vortheilhafte Wendung des Traumes zu begünstigen, eine nachtheilige abzuschwächen oder zu verhüten. Beim Bilden der Vorstellungen bemerken wir gewisse Störungen der assoziativen Thätigkeit, vor Allem ein Nachlassen der Assoziationsfestigkeit und Assoziationshemmung. So kommen oft wesentliche Merkmale nicht zum Be-

---

[1]) Genaueres über die Bildung der Traumillusionen bei *Giessler*, Die physiologischen Beziehungen der Traumvorgänge. Halle 1896.

wusstsein, denn das Assoziiren reicht nicht so weit, andererseits zeigen manche Vorstellungen disparate Merkmale, welche von andern auf sie übertragen worden sind, mit denen sie irgendwelche, wenn auch noch so schwache Aehnlichkeit besitzen. Auf einer grünlich schimmernden Fläche, welche wegen ihrer Färbung als Meeresfläche apperzipirt wurde, vollzog sich eine Taufe. Hier war also ein wesentliches Merkmal, nämlich die leichte Verschiebbarkeit der Elemente dieser Fläche, und die daraus sich ergebende Unmöglichkeit als Ganzfläche zu dienen, nicht zum Bewusstsein gekommen. Unter den Merkmalen spielen oft unwesentliche eine bestimmende Rolle, so z. B. wenn der Träumende das Holzgerüst eines Hauses, an welchem er im Wachen öfters in die Höhe gesehen hatte, gleich einem Luftballon frei in der Luft schwebend erblickt. Hier war die unwesentliche Thatsache, dass zum Erkennen frei schwebender Körper ein entsprechendes Erheben des Kopfes nöthig ist, bestimmend dafür gewesen, dass dem Holzgerüst die Eigenschaft des freien Schwebens ertheilt wurde. Nach *Radestock*[1]) fasst der Traum ganz unwesentliche und dabei von Vorstellungen aus ganz verschiedenen Kreisen stammende Merkmale zusammen. Für die Mangelhaftigkeit der gegenseitigen Beziehungen der Vorstellungen ist die Grundthatsache massgebend, dass die Einzelvorstellung aus ihren räumlichen, zeitlichen und logischen Beziehungen herausgelöst das Grundphänomen des Traumes ausmacht. Die Vorstellungen des Traumes bilden gleichzeitig die Begriffe. Je nachdem nun der Träumende dieses oder jenes Merkmal einer Vorstellung ins Auge fasst, je nachdem wird auch die begriffliche Auffassung eine andere. Wir haben also im Traume einseitige, verschwommene und unklare Begriffe. Darunter leidet auch das Vergleichen der Vorstellungen auf ihre gemeinsamen Merkmale hin. Hier tritt an Stelle eines allseitigen Vergleichens ein einseitiges oder minderseitiges. Es werden daher häufig solche Vorstellungen als gleichwerthig in den Gedankengang eingeführt und können einander vertreten, welche nur einige (Aehnlichkeitassoziation) oder ein Merkmal (Berührungsassoziation) gemeinsam haben, während andere Merkmale nicht übereinzustimmen brauchen. So stellte sich *Volkelt*[2]) einen schwarz

---

[1]) *Radestock*, a. a. O. S. 155.
[2]) *Volkelt*, Die Traumphantasie. Stuttgart 1875.

olirten Geigenkasten als Sarg vor. *Freud*[1]) sagt: „Eine einzige nter den logischen Relationen, die der Aehnlichkeit, Gemeinsameit, Uebereinstimmung, kommt dem Mechanismus der Traumbildung n höchsten Masse zu Gute.“ Da also ein und dasselbe Gebilde verschiedener Weise aufgefasst werden kann, so können sich auf asselbe auch gleichzeitig eine Anzahl gleichsam koordinirter Urheils- und Schlussfolgen gründen, welche in den Augen des 'räumenden eine gewisse Gleichberechtigung geniessen. Oft knüpft uch die Urtheilsbildung gleichzeitig an ein früheres Stadium der istorischen Entwicklung an, da die früheren Stadien im Gedächtiss fester begründet sind als die späteren. Auf diese Weise entlehen ebenfalls zwei kontrastirende Urtheile.[2]) Die vom Wachen er gewohnten Konsequenzbeziehungen bleiben im Traume der 'orm nach erhalten. Die materielle Vereinbarung der Beziehungsunkte dagegen ist oft durchaus unhaltbar. So z. B. wenn der 'räumende auf einem Schwungbrette zu stehen meint und dadurch, ass er dasselbe in Schwingungen versetzt, die Bewegung eines ndern in der Nähe befindlichen zu bewirken glaubt, durch dessen ichaukeln ein darauf Stehender ins Wasser geworfen wird. Nach *'pitta* löst sich das Verhältniss von Ursache und Wirkung, von ìrund und Folge in das der einfachen losen Succession auf. Sucht die Seele doch zu schliessen, so schliesst sie falsch — sie olgert entweder mehr oder, was allerdings viel seltener ist, reniger, als sie genau genommen folgern durfte oder müsste.“[3]))ft wird die Konsequenzbeziehung erst nachträglich durch mehr der weniger geschicktes Einschieben von Zwischengliedern künstich hergestellt. Namentlich wenn uns die Vorgänge überrascht aben, suchen wir sie uns durch nachträgliches Konstruiren von ituationselementen plausibel zu machen. Da die Wiederkehr von 'orstellungsreihen des wachen Lebens zu den Seltenheiten gehört, nd da das Ich den Ereignissen seiner Traumwelt meist ohne beonderes Interesse gegenübersteht, so fehlen in den meisten Fällen ie dirigirenden Vorstellungen. Infolgedessen wird die Richtung,

---

[1]) *Freud*, Ueber den Traum. Grenzfragen des Nerven- und Seelenebens von *Loewenfeld* und *Kurella*, Bd. 8. S. 328. 1901.

[2]) Ausführlicheres über das Logische im Traum bei *Giessler*, Aus den 'iefen des Traumlebens. Halle 1890, S. 144—183.

[3]) *Spitta*, a. a. O. S. 183.

welche das Denken nimmt, häufig gewechselt. Das Ueberleiten de Hauptreihe in Nebenreihen erfolgt auf verschiedene Weise, vo Allem durch das Herandringen von Vorstellungen, welche mit eine der jeweilig verarbeiteten im Verhältniss der Aehnlichkeits- ode Berührungsassoziation stehen oder durch physiologische Reize welche entsprechende Vorstellungen in den Gedankengang hinein drängen. Je geringer die Spannung des Apperzeptionsorganes und je grösser die Zahl der in einem Traume mitwirkenden heterogene Vorstellungskreise, um so zahlreicher solche Uebergänge. Auch beim Träumenden ist das Denken meist an den jeweilig vorliegenden Vorstellungskreis gefesselt und vermag sich schwerlich in eine andere Situation zu versetzen oder zu einer freieren Anschauung zu erheben. Schliesslich ist als Analogie zu den Zuständen vo Geisteskrankheit noch zu erwähnen, dass dem Träumenden bisweilen der Gedanke kommt: „Ist dies Wirklichkeit oder nur ei Traum?“ In solchen Fällen handelt es sich um Förderung ode Bedrohung der intensivsten Lebensinteressen.

Kap. IV. Die Störungen des affektiven Lebens und des Handelns.

Das affektive Leben des Irren ist dadurch gekennzeichnet dass in ihm die grellsten Gegensätze zur Geltung kommen. Einerseits beobachtet man gänzlichen Mangel an Affektionen, andererseits masslose Potenzirungen. Die Kranken der ersten Art, vo Allem die an Dementia praecox und an Depressionszuständen Leidenden verrathen einen hohen Grad von Gleichgiltigkeit und Theilnahmlosigkeit. Es fehlt ihnen das Streben, Dinge und Ereignisse zu ihrem Ich in Beziehung zu setzen. Aus diesen Gründen gerathen sie daher auch nicht so leicht in Affekt. Im Gegensatz hierzu stehen die Potenzirungen der deprimirenden und expansiven Affekte bei Melancholikern bezw. bei Maniakalischen und Zornmüthigen. Die traurigen Verstimmungen sind im Allgemeinen die häufigeren. Eine bei Paralytikern und Manikalischen oft vorkommende Erscheinung ist die Selbstüberhebung. Die betreffenden Kranken glauben grosse Entdeckungen gemacht zu haben, sie entwerfen grosse Pläne u. s. w. — Die Alienationen des Handelns sind auf Störungen der psychischen Motivirung zurückzuführen. Letztere haben ihren Grund erstens darin, dass bei den Geistes-

kranken die Ideenassoziationen und somit das Auftreten opponirender Vorstellungen, welche sich auf das Sittengesetz beziehen, gestört ist, zweitens darin, dass in den Fällen, wo solche opponirende Vorstellungen auftreten, das Ich nicht stark genug ist, um ihnen den entsprechenden Nachdruck zu verleihen.[1])

Auch im Traumzustande begegnen wir oft jener Theilnahmlosigkeit, mit welcher das Ich den Ereignissen gegenübersteht. Die Oertlichkeiten, Persönlichkeiten, Ereignisse dünken ihm fremd zu sein, daher der Mangel an Interesse, an Beziehungen zum eigenen Ich. Das Aufkommen von wirklichen Affekten gehört in Folge dessen zu den Seltenheiten. Wo aber Affekte wirklich auftreten, da gelangen die entsprechenden Gefühle in Folge Mangels an kontrastirenden Gefühlen leicht zur Alleinherrschaft. Solche Gefühle wie das der Liebe, des Hasses, des Zorns, des Mitleids, der Angst u. s. w. werden auf diese Weise so heftig, dass die begleitenden Affekte die Diremptionsschwelle überschreiten. Ein mir bekannter Gymnasiallehrer träumte, einer seiner Kollegen hätte ihn tödtlich beleidigt. Die Beleidigung war nicht wieder gut zu machen. Schon suchte er Verhandlungen wegen des Duells anzuknüpfen. *Weygandt* schildert einen Angsttraum, wo er sich von einem Förster verfolgt glaubt und durch Wälder und Abhänge hinunter entflieht.[2]) Im Allgemeinen überwiegen die unangenehmen Träume. Ich selbst fand unter 550 Träumen 50% unangenehme, 18% angenehme und 32% neutrale. Aehnliche Selbstüberschätzungen der eigenen Leistungen wie bei Geisteskranken haben wir auch im Traume. Dies bezieht sich vor Allem auf intellektuelle Produktionen.[3]) Was zweitens die Wirksamkeit der Motive des Handelns im Traume betrifft, so werden dieselben in keiner Weise durch moralische Rücksichten geregelt. Die im Flusse begriffenen Vorstellungen erfahren keinerlei Hemmung durch kontrastirende, weil der Träumende in seinem Denken, wie wir sahen, meist auf den jeweilig verarbeiteten, im Sinnlichen wurzelnden Vorstellungskreis beschränkt ist, so dass höhere, moralische Vorstellungen nur

---

[1]) *W. Griesinger*, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig 1871.

[2]) *Weygandt*, a. a. O. S. 42.

[3]) *Radestock*, a. a. O. S. 153.

andeutungsweise erscheinen, und weil das Ich nicht stark genug ist, um den etwa auftauchenden moralischen Bedenken den nöthigen Nachdruck zu verleihen. Wird das Handeln des Träumenden durch organische Zustände, wie Hunger, Durst, geschlechtliche Regungen oder durch Affekte beeinflusst, so erlangen die bezüglichen Vorstellungen auf diese Weise noch eine Verstärkung und erzwingen sich um so eher den Uebergang in Handlungen.[1])

Kap. V. Die Sprachstörungen.

Man unterscheidet beim Irren Störungen der äusseren und inneren Sprache. Ueber erstere giebt *Trömner*[2]) eine ausführliche Uebersicht. Derselbe hebt 5 Arten hervor: erstens Störungen im Tempo, im Rythhmus, im Accent als Monotonie oder affektives Sprechen, im Artikulieren (Dysarthrien) und in der Taxis (Ataktische Dysphasie). Bei letzterer wird die literale Ataxie, d. h. die Verstellung einzelner Buchstaben von der syllabären unterschieden, d. h. von der Versetzung und Verstellung einzelner Silben und der Korrumpirung ganzer Wörter. — Die Störungen der inneren Sprache, die aphatischen, reduziren sich im Allgemeinen auf die Unfähigkeit, für einen richtig gefassten Begriff das entsprechende Wort zu finden. Statt dessen gebraucht der Kranke nach *Bischoff*[3]) Synonyma, Umschreibungen, Angabe des Gebrauchs oder sinnlose Buchstabenreihen. Bisweilen verwerthet der Kranke sinnlose Wörter, die seiner eigenen Terminologie entspringen und anscheinend für ihn einen Sinn besitzen. Spezielle Erscheinungen sind das sinnlose Spielen mit Wörtern und Silben, welche namentlich bei Dementia praecox absonderliche Formen annehmen, ferner die Stereotypie des Redens und die Sprachverwirrtheit, d. h. das zusammenhanglose Gerede bei katatonischen Erregungen. Beispiele für letztere sind nach *E. Meyer*[4]): „Meine Tage fahren dahin wie

[1]) *Spitta*, a. a. O. S. 183, 196.

[2]) *Trömner*, Beitrag zur Kenntniss der Störungen der äusseren Sprache, besonders bei multipler Sklerose und Dementia paralytica. *Jolly's* Archiv. Bd. 28. 1896.

[3]) *E. Bischoff*, Beitrag zur Lehre von der sensorischen Aphasie nebst Bemerkungen über die Symptomatik doppelseitiger Schläfenlappenerkrankung. Ebenda. Bd. 32. 1899.

[4]) *E. Meyer*, Beitrag zur Kenntniss der akut entstandenen Psychose und der katatonischen Zustände. Ebenda. Bd. 32. 1899.

die Tage eines Tagelöhners.“ „Wo kein Lebensbaum ist, kann auch kein Gott überstreichen.“ „Es rufen da draussen ernste Gesichter, es sind Majestäten.“

Von den im Traume vorkommenden Störungen der äusseren Sprache machen sich die Störungen im Tempo, im Accent und in der Taxis am meisten bemerkbar. Bezüglich des Tempos fällt die Verlangsamung weniger ins Gewicht als die Beschleunigung. Eine im Traume bestehende Erregung, welche die Sprachwerkzeuge ergreift, kann bewirken, dass wir rasch hinter einander mehr oder weniger artikulirte Wörter oder Wortansätze aussprechen, ohne dass wir irgend einen Sinn damit verbinden. Bezüglich des Accents ist zu erwähnen, dass der Träumende danach strebt, seinen unverständlichen Reden dadurch mehr Gewicht zu verleihen, dass er bestimmte Schlagwörter verwendet. Dieselben betont er als sinnbevorzugte in affektiver Weise. Er sucht so die instinktiv gefühlte Nichtigkeit seiner Reden durch grössere lautliche Gewichtigkeit zu bemänteln. Unter den Störungen der Taxis ist die am häufigsten vorkommende die Häsitation, d. h. das Hängenbleiben an einzelnen Buchstaben und Silben, wodurch Wiederholungen, Auslassungen und Zusammenziehungen veranlasst werden, so z. B. „gegrunken“ statt „getrunken“, „Oberst-st-arzt“ statt „Oberstabsarzt“. Bezüglich der Störungen der innern Sprache macht sich häufig beim Träumenden die Unfähigkeit geltend, für gefühlsmässig antizipirte Vorstellungen das richtige Wort zu finden. Die vergeblich gesuchten Wörter werden alsdann durch andere, mit denen der Träumende einen ähnlichen Sinn verbindet oder durch Umschreibungen ersetzt, z. B. „Speisewerte“ statt „Speisemarken“, „Brücke zur Physik“ statt „Einleitung in die Physik“, „Endklasse“ statt „letzte Klasse“. Unter den spezielleren aphatischen Störungen begegnen wir auch im Traume wieder den Wortspielereien, der Stereotypie des Redens und der Sprachverwirrtheit. Beispiele für die ersten beiden Formen sind folgende Wortfolgen: „Frauenaugen, Pfauenaugen, Frauenschuhe“; Kopffüsser, Kaufüsser“; „Gräber und Träber“. Als Beispiele für Fälle von Sprachverwirrtheit im Traum mögen folgende dienen: „Der Pantheismus führt zur Schönheit“, „Auf den Käse lasse ich mich nicht herumstrudeln“, „Sie stehen in Beziehung zum Stickstoff und können deshalb nicht definitiv werden“. Die im Traume vorkommenden Störungen sind im all-

gemeinen leichterer Natur, sofern der Sprachschatz des Träumenden noch einen gewissen Umfang behält.

Schluss.

Unsere Studie über die Analogien zwischen Geisteskrankheit und den Träumen normaler Personen giebt uns zugleich die Möglichkeit, gewisse Unterschiede zwischen beiden Arten von psychischen Zuständen festzustellen. Diese Feststellung ist für die Vervollkommnung des gewonnenen Bildes, sowie für das Ableiten von allgemeineren Resultaten wesentlich. Wir sehen, dass innerhalb des Gemeingefühls des Träumenden die eigentlichen Perversitäten nicht auftreten. Denn der Wahn der Verwandlung des eigenen Körpers in Thiere, fremde Substanzen, der Vertauschung des eigenen Geschlechts kommt nicht vor, sondern nur das Gefühl der Vermehrung und Verminderung des Körpergewichts, der Wahn der Vergrösserung oder Verkleinerung des Körpers oder einzelner Theile und die Wiederkehr unentwickelterer Stadien des Ichgefühls. Beim Bestehen normaler Gemeingefühle von ausgeprägtem Charakter haben wir im Traume bisweilen ein unvollständiges Erfassen der vorhandenen Erregungen, so z. B. wenn ein bestehendes Hungergefühl nur als Schwindelgefühl empfunden wird. In den Fällen von Selbstdiremption wird, wie *Spitta*[1]) richtig beobachtet hat, die Einheit des Gemeingefühls im Traume nicht aufgehoben. Nur bei bestimmten Uebergängen, nämlich an denjenigen Stellen, wo ein das Gemeingefühl beherrschendes Organ seine Herrschaft an ein anderes Organ abgiebt, empfindet man momentan eine Zweitheilung des Körperzustandes, ein zwiespältiges Auseinandergehen, wie ich dies in einem gut beobachteten Traume zweimal erlebte.[2]) Also die totale Selbstdiremption dringt im Traume nicht durch, es kommt nur zur partiellen und formalen. Bei der partiellen besteht eine übermässige Erregung einzelner Körpertheile, welche mit der Gesammterregung nicht harmonirt. Bei der formellen wird umgekehrt auf Grund schwächerer Empfindungen, welche neben stärkeren Körperempfindungen bestehen, aber nicht recht zum Bewusstsein kommen, ein sekundäres Ich als selbstständige Figur

[1]) *Spitta*, a. a. O. S. 327.

[2]) Vergl. über Selbstdiremption: *Giessler*, Traumleben, S. 123—136.

konstruirt. Berücksichtigen wir ferner die dem Gemeingefühl nahe verwandten Bewegungs- und Lageempfindungen. Unter den aus inneren Spannungen resultirenden Zwangshandlungen finden wir im Traume im Allgemeinen keine von perversem Charakter wie das Gehen auf den Fusskanten oder Fussspitzen, das Rotiren der Glieder, das Kriechen auf allen Vieren, sondern nur Potenzirungen normaler Bewegungen, wie Zwangsreden, Zwangsspringen u. s. w., sowie sporadisch auftretende ruckweise Bewegungen und vorübergehende Einengungen und Zerrungen der Glieder. Allerdings bemerkt der Träumende bisweilen perverse Zwangsstellungen z. B. bizarre Haltungen der Arme und Beine, das Stehen mit starker Zurückbeugung des Körpers an anderen Personen seiner Traumwelt. Solche Phantasmen haben dann häufig ihren Grund in einer bestehenden entfernten Aehnlichkeit der jeweiligen Verfassung des eigenen Körpers des Träumenden, welche ihm jedoch als solche nicht zum Bewusstsein kommt.

Für Gemeingefühl, Bewegungs- und Lageempfindungen bestehen daher die Alienationen im Traume vorherrschend in einem 'Υπὸ *oder* 'Υπὲρ, *zum geringsten Theile in einem* Παρὰ *der Empfindung.* Hier ist demnach der Parallelismus zwischen Geisteskrankheit und den Träumen normaler Personen nicht durchführbar. *Im Traumzustande normaler Personen dringt also das Perverse in die zentraleren Grundlagen der Persönlichkeit nicht so weit vor als in den Zuständen der Geisteskrankheit.* Im Uebrigen ist zu konstatieren, dass die Erscheinungen, welche als Charakteristica verschiedenen Formen von Geisteskrankheit zuertheilt werden müssen, innerhalb des Traumlebens einer einzigen normalen Person vereint auftreten können. Und hierdurch offenbart sich der Traum wieder als jener umfassende und daher für die Forschung so werthvolle Mittelzustand, in welchem die Fäden aller übrigen normalen und abnormen psychischen Zustände zusammenlaufen.

Das Heufieber vom Standpunkt der Psychiatrie.

Von

Dr. med. **J. Rudolph**-Heilbronn a. N.

In seiner überaus interessanten Arbeit in Nr. 17 und 18 der Münch. Med. Wochenschrift kommt *Thost* (Hamburg) zu dem Schlusse, dass das Heufieber als Reflexneurose aufzufassen sei. Warum bezeichnet er dasselbe nicht als Psychose? Lassen wir den Verfasser in seinem Bericht über die Verhandlungen über das Heufieber vom 26. Sept. 1901 (Selbstverlag des Heufieberbundes von Helgoland) selbst reden:

S. 11 „Der Geruch von Tabak und Cigarren versetzt den Patienten besonders zur Heufieberzeit in solche Aufregung, dass er gegen seine dem Tabaksgenuss fröhnende Umgebung oft so heftig wird, dass er sich hinterher wegen dieser Heftigkeit zu entschuldigen für nöthig findet.“

S. 31 „Die Mehrzahl der Patienten zeigt auch ausser der Heufieberzeit eine nicht zu verkennende Erregbarkeit und Reizbarkeit, die zur Heufieberzeit selbst bei Einigen ganz enorme Grade erreicht. Im Gehirn sei der Sitz der allgemeinen Empfindlichkeit und Reizbarkeit zu suchen.“

S. 37 „So komisch es ist, Patienten setzen sich sehr oft, wie aus den Briefen hervorgeht, völlig unnöthigerweise ihnen wohlbekannten Schädlichkeiten aus oder unterlassen in anderen Fällen Massnahmen, wie das Tragen von Brillen etc., obwohl sie gute Erfolge davon sahen. Es mag ja in der Eigenart der Krankheit liegen, dass die Patienten apathisch, launisch und reizbar sind und dass daraus diese Unbeständigkeit entspringt. Es ist aber charakteristisch für die Heufieberpatienten, dass sie selten bei

einem Mittel ausharren, selbst wenn dasselbe ihnen zugestandenermassen Nutzen gebracht hat."

Sind dies alles neben der Neigung zum Selbstkurieren nicht Symptome, wie sie bei der Hysterie resp. dem hysterischen Irresein auftreten?

Auch die Thatsache, dass sogar ein Heufieberbund (Heufieberbund von Helgoland, eingetragener Verein) gegründet wurde, lässt sich vom Standpunkte des hysterischen Interessanterscheinenwollens auffassen. Das Kapitel über psychische Ansteckung und inducirtes Irresein ist hier ins Auge zu fassen. Vielleicht lässt sich auch auf diese Weise das gleichzeitige Erkranken der Patienten am gleichen Ort erklären. Betrachten wir die Patientin, deren hysterischen Symptomenkomplex ich in Bd. 59 dieser Zeitschrift zusammengestellt habe!

Sie leidet an ulcus cruris. Ihre Krankheit ist ihr zum „Beruf" geworden. Die Mitglieder, die zur Fahne des Heufieberbundes schwören, begrüssen sie sich nicht förmlich wie Collegen? So kenne ich auch einen hysterischen Diabetiker, der andere Zuckerkranke in der That öfter mit Herr College anredet mit einem gewissen Stolz auf seine Krankheit. Mancher von ihnen ist sogar stolz auf seine Krankheit und brüstet sich damit. Auf langen gedruckten Bogen gehen ihre Namen nebst genauer Adresse in die Welt hinaus.

Hysterische Personen, die im Frühjahr einen tüchtigen Schnupfen acquirirt haben, nehmen Notiz von der Existenz dieses Krankenbundes, um auch schon in geheimer Seele den Wunsch aufkeimen zu fühlen, diesem Bunde beizutreten. Ihr Schnupfen ist natürlich ein Heuschnupfen.

Ich glaube behaupten zu dürfen, dass genannte Patientin, wenn sie im Frühjahr einmal an einem heftigen Schnupfen, falls sie hierzu disponirt wäre, erkrankte und sie auf dem Wege der Lektüre etwas von Heufieber erführe, sofort eine ebenso eifrige, rührige und überzeugungstreue Heufieberpatientin würde, als sie die Rolle der Ulcusleidenden ausfüllt. Nur der nervös Disponirte kann am Heufieber erkranken.

Gelehrte und Aristokraten sind die Patienten. Auf der einen Seite Leute, die durch Ueberarbeitung und Ueberanstrengung an „chronischer Erschöpfung" leiten, auf der anderen Seite Leute,

bei denen hauptsächlich durch den in diesen Kreisen üblichen Heiratsmodus Körper und Nervensystem der Degeneration entgegengeführt werden. Also auf der einen Seite in der Hauptsache erworbene, auf der andern ererbte geistige Widerstandsminderwertigkeit. Leute des mittleren Lebensalters sind die Patienten, also Leute, welche gerade mit voller Energie im Kampf des Lebens stehen und dessen schädliche Einflüsse zu erdulden haben. Die Statistik, welche zu Ungunsten der Männer ausfällt, wird in der nächsten Zeit vielleicht eine Aenderung erfahren, da die Frauenbewegung es sich als Ziel gesteckt, selbst theilzunehmen am Kampf des Lebens, und die Frauen den schädlichen Einflüssen wie Ueberanstrengung etc. noch eher erliegen werden als die stärkeren Männer. Freilich haben sie dem Mann gegenüber einen mächtigen Bundesgenossen, nämlich grössere Enthaltsamkeit gegen den Alkohol. Dass die Grossstadt die meisten Patienten zeitigt, finden wir selbstverständlich. Erschwerterer Lebenskampf, Ausschweifungen, spätes Zubettgehen, Nächtehindurcharbeiten oder -Zechen erzeugt grössere „Ermüdbarkeit", Abnahme der „Erholungsfähigkeit", abnorme Reizbarkeit, mit einem Wort: Neurasthenie. Denken wir uns einen solchen verweichlichten Zimmerhocker aus dem abgedämpften Lichte seines ruhigen Studierzimmers unter freien Himmel treten, wo tausendfältig in wirren Durcheinander Reize aller Art auf die Sinne des ohnehin chronisch Erschöpften einstürmen, der als Neurastheniker an erhöhter „Empfindlichkeit gegen ablenkende Einwirkungen", an Herabsetzung der „Gewöhnungsfähigkeit" leidet. Er ist nicht wie der Gesunde imstande, sich an die „Störungen zu gewöhnen", von denselben zu abstrahiren. Seine Sinne und Nerven werden wie von unzähligen *Wagner*'schen Hämmern bearbeitet und gerathen in Tetanus. Eine acute Erschöpfungspsychose ist die Folge. Völlig erschöpft und krank kommt er nach Hause. Seine Haut und Schleimhäute, des Kampfes mit den atmosphärischen Einflüssen im Sinne der mechanischen Wärmeregulirung ungewohnt und nicht geübt, erkranken. Ein Schnupfen ist die Folge. Der psychische Zustand wird von ihm selbst als Folge dieses Schnupfens aufgefasst, und beim nachträglichen Erklärungsversuch, wie seine Krankheit wohl entstanden sein mag, wird irgend ein Agens, das ihn in seiner neurasthenischen Reizbarkeit am meisten gequält hat, als krankheiterzeugend

beschuldigt. Als Gebildeter hat er von der Existenz des Heufiebers erfahren. Im nächsten Frühjahr lauert er schon auf sein Heufieber, er riecht den gleichen Duft und, siehe da, die Krankheit stellt sich ein, diesmal aber unterstützt von innen heraus, von der Psyche aus. Wenn die Dame beim Anblick des gemalten Getreidefeldes das Heufieber bekam, so ist damit der Beweis geliefert, dass von der Psyche aus der Zustand körperlich umgesetzt wird, welcher Vorgang gerade das Wesen der Hysterie ausmacht. Wir müssen die Schwellung der Muschel auf nervösem Wege entstanden (ähnlich wie das Oedema neuroparalyticum, Oedema fugax) und ebenso das Nasenfliessen als Hypersekretion neurogenetischen Ursprunges (cf. Magensafthypersekretion Hysterischer) denken. Was also dem untersuchenden Auge als Entzündung imponirt, ist in Wirklichkeit eine nervöse Erscheinung.

Ich kenne einen Neurastheniker, der sofort einen Schnupfen bekommt, wenn er sieht, wie mit dem Staubbesen gefegt wird. Auch begännen sofort Nase und Augen ihm zu fliessen, wenn er einer Person, die an heftiger Augenentzündung oder Schnupfen litte, in die Augen sähe.

In der That, der Bacillus, der das Heufieber erzeugt, lebt nicht auf der menschlichen Nasenschleimhaut, er sitzt tiefer, er wuchert in den Gehirnen der Patienten, und der Autor, der zuerst die Diagnose Heufieber stellte, hat ihm in schöpferischer Weise das Leben eingehaucht. Auf dem Nährsubstrat der Neurasthenie ist der Heufieberbacillus gezüchtet in Reinkultur. Und welche und wieviele neue Krankheiten wären nicht noch züchtbar auf diesem Boden?

Ich kenne eine Hysterica, welche längere Zeit ärztlicherseits einer Kaltwasserkur unterworfen wurde. Nun stellt sich bei ihr ein Gefühl heftigstens Schauderns und Grausens, verbunden mit grosser Aufregung ein, wenn sie in kaltes Wasser greifen soll, und sogar in warmem Wasser vermag sie nicht mehr zu baden. Ihre Hydrophobie ist aber rein kutaner Natur, nicht pharyngealer und mit Schlingkrämpfen verbunden, wie sie manchmal bei Hysterie aus Furcht vor Lyssa sich zu entwickeln pflegt. Das unschuldige Wasser wirkt bei ihr als Trauma. Diese Hydrophobie wäre mit Hilfe hysterischer Suggestibilität auf einen grösseren Kreis von Personen ausdehnbar. Man könnte sozusagen eine neue Krankheit züchten.

Ebenso zeigt der Heufieberkranke irgend einer unschuldigen Blüthe gegenüber eine „Idiosynkrasie". Derjenige Körpertheil, auf welchen bei der psychischen Erregung die Aufmerksamkeit hingelenkt wird, wird als der Sitz der nervösen Affection auserkoren. So ist es bei der Hysterie. Das Kind, das infolge Angefallenwerdens vonseiten eines Hundes hysterisch wurde, sieht im Anfall den Hund immer wieder. Der Duft nun, der beim ersten Anfall den Heufieberpatienten am meisten quälte, wird künftig immer wieder einen Anfall auszulösen im Stande sein. Analog der Hydrophobie könnte man von einer Aromatophobie reden. Ich erinnere hier an die von *Förster* aufgestellte Copiopia hysterica (κοπία Müdigkeit) und die Dyslexie Berlins. Sie entstehen bei der hysterischen resp. neurasthenischen Asthenopie. Haben wir bei der Hysterie auf den anderen sensoriellen Gebieten nicht analoge oder doch wenigstens ähnliche Schwankungen zu erwarten? Gibt es nicht auch eine Asthenosmie und Kopiosmie? Und aus der Copia kommt es auf neurasthenisch-hysterischem, traumaempfänglichem Boden leicht zur Phobie. Ich glaube, dass bei dem Heufieberpatienten sowohl die Copiopie als die Copiosmie als auch beide zusammen den Anknüpfungspunkt für die Entstehung des Leidens bilden können. Und zwar besteht bei ihm, wie ich später noch erörtern werde, nicht nur dem Licht gegenüber eine grosse Empfindlichkeit, sondern auch der Welt der Farben und dem Bewegten gegenüber. Wir müssten demnach eine Photo- und Chromocopieopia unterscheiden. Auch sei hier erinnert an das dem Ungeschulten oft unbegreiflich erscheinende Leichtbeleidigtwerden des „Ohres" des Musikers, des „Auges" des Malers durch störende Eindrücke, die den Ungeschulten völlig kalt lassen! Wie diese obigen mit Schmerzen vergesellschafteten Schwächezustände des sensoriellen Lebens sahen wir bei demselben auch Perversitäten und Zwangserscheinungen auftreten. Auf der einen Seite sehen wir einen Drang und eine Gier, bestimmte Düfte einzusaugen (Chloroformriecher, Aetheromane), und auf der anderen höchstes Entsetzen und Grausen sich einstellen, wie der Hysterische, der ja immer mit Superlativen arbeitet, sich ausdrückt.

Ein Student sog mit Vorliebe den Duft der mit Blattdrüsensekret belegten und wie bereift aussehenden Blätter von Chenopodium vulvarium ein. Vielleicht half der Trimethylamingeruch, also an

Vaginalsecret erinnernde Duft der Pflanze bei ihm in perverser Weise Sexualempfindungen auslösen, die ja zur Welt der Gerüche in einem Abhängigkeitsverhältniss stehen. Ein mir bekannter kräftrig gebauter Mann legt sofort Messer und Gabel beiseite, wenn ihm gesagt wird, dass den Speisen Eier zugesetzt seien. Ein älterer Herr, der an konstitutioneller Verstimmung leidet, stellt sich auf Jahrmärkten mit gespreizten Beinen an einen Platz, wo er zu gleicher Zeit drei und vier Drehorgeln durcheinanderschrillen hören und ebensoviel Caroussels mit ihrem Farbengeflirr vor den Augen wirbelnd sich drehen sehen konnte. Stundenlang stand er da, starrte und horchte wie in einer Art sensorieller Katalepsie, wenn wir so sagen dürfen. Einst war ich sein Reisebegleiter — es war in Mainz auf dem Jahrmarkt —, eine Zeit lang hörte ich auch den ohrbetäubenden Drehorgellärm mit an, dann verabschiedete ich mich. Er lächelte. Drei Stunden blieb ich aus, und als ich wiederkam, stand mein Freund, der alte Herr Professor, noch auf dem gleichen Platze. „Das war für mich ein wahres Bad," sagte er. Ich hatte aber für seine phonotherapeutischen Bestrebungen keinen Sinn.

Dass es demnach bei nervös krankhaft veranlagten Personen leicht zu sensoriellen Idiosynkrasien kommen kann, ist selbstverständlich. Die Qualität derselben und die Quantität, die Grösse des Affektes, sind das Ergebniss eines zufälligen Erlebnisses. Das mag Folgendes lehren: Ein hysterischer Student erzählte mir, dass er gegen eine sehr schöne Dame das Gefühl heftigster Abneigung bekommen habe, weil er sie zum ersten Mal in einem Käseladen, den er, von ihrer Schönheit hingerissen, betreten, getroffen hätte. Der furchtbare Käsegeruch habe ihn aus seiner ästhetisch-erotischen Betrachtung herausgerissen. Es war eine psychische Kontrastwirkung. So oft er der Dame begegnet sei, wäre der höchst widerwärtige Geruch nach Käse ihm in die Nase gestiegen. Derartige Geruchshallucinationen sind bei der Hysterie nicht selten. Ich führe diesen Fall nur an, weil er vielleicht einiges Licht auf für uns oft unverständliche und räthselhafte Verhältnisse wirft. Ein Gesunder vermag sich mit Leichtigkeit über solche Zufälligkeiten und Störungen hinwegzusetzen. Der Hysterische vermag dieselben nicht zu unterdrücken, er unterliegt Zwangsassociationen, die sogar so mächtig werden können, dass sie zu Halluci-

nationen sich steigern. Interessant für das Verständniss des Geruchslebens in seinem Verhältniss zur Psyche ist auch die Erzählung eines Jugenderlebnisses des letztgenannten Studenten. Bei einem Freunde habe er in einer Parfumschachtel einen prachtvollen Schmetterling schön aufgespannt gesehen. Er habe geglaubt, dass der wunderbare Duft den glänzenden Flügeln des Podalirius gleich einer Blume entströme. Und dieser herrliche Duft habe ihm Tag und Nacht keine Ruhe gelassen. Tagelang, ohne Trank und Speise zu sich zu nehmen, sei er auf die Schmetterlingsjagd ausgezogen, bis es ihm endlich gelungen sei, einen Schwalbenschwanz einzufangen. Aber dieses Exemplar habe zu seinem grössten Leidwesen und Verdrusse jenes so sehr und zwangsmässig begehrten Duftes entbehrt. Er habe den Falter weggeworfen und sei längere Zeit ganz unglücklich gewesen, weil er seine Hoffnung, sich jemals wieder diesen Geruch zu verschaffen, aufgeben musste, zumal ihm auch die Mutter seines Jungendfreundes nicht zu sagen vermochte, was für ein Odeur jene Schachtel enthalten habe. Diese Zwangsbestrebungen waren auf dem Boden hereditärer Hysterie entstanden. Dass er gerade einem Duft nachjagte, hing damit zusammen, dass er zufällig jene duftende Schmetterlingsschachtel gesehen hatte. Auch diesen Menschen halte ich für einen Heufieberkandidaten. Er brauchte nur einmal von genannter Krankheit etwas zu hören und einen tüchtigen Frühjahrsschnupfen zu bekommen. Die Bezeichnung Hyperosmie wäre wohl am besten nur für das feinere, allerdings krankhaft gesteigerte Unterscheidungsvermögen des Geruchssinnes zu reserviren und nicht gleichzeitig für die mit Schmerzen verbundene erhöhte Empfindlichkeit zu gebrauchen. Dass „auffälligerweise“ „trotz“ des „Schnupfens“ eine Hyperosmie beim Heufieber besteht, gilt mir als deutlicher Beweis, dass der Heuschnupfen kein Schnupfen im Sinne einer Entzündung, einer Rhinitis, sondern ein nervös ausgelöster Schwellungszustand und Hypersekretionsvorgang ist. Wir dürfen nicht vergessen, dass unter den vielen Fällen, die als Heufieber diagnosticirt werden, auch mancher wirkliche Schnupfen oder eine andere Erkrankung der Muschel vorliegen kann, wobei die gleichzeitigen nervösen Erscheinungen zur Diagnose drängen. Ich erinnere hier an die Schwellung der Nasenschleimhaut mit dauernder schleimig-seröser Absonderung beim myxödematösen Irresein.

(*Kraepelin*, Lehrb. d. Psych. 1899, II. Bd., S. 127 unterste Zeilen.) Auch müssen wir uns klar machen, dass beim erstmaligen Auftreten der Krankheit ein als entzündlich imponirender Zustand der unteren Nasenmuschel — sei es nun eine wirkliche Entzündung oder eine nervöse Schwellung — und der Zustand der Erschöpfung vor Allem das Krankheitsbild bedingen. Diese erstmalige Erkrankung kann nun als Trauma wirken und alle ferneren Anfälle rein psychogenetisch entstehen lassen. Oder aber es kann alljährlich eine immer wieder auftretende Erkrankung der Nase den Impuls geben. Die Krankheit wird aber erst bei dem dazu Veranlagten zum Heufieber. Das Bestehen der Hyperosmie halte ich für differential diagnostisch sehr wichtig, weil es beim echten Heufieberschnupfen, der ja nur eine nervöse Muschelschwellung ist, stets zu finden ist. Es müsste demnach oben statt „trotz" des „Schnupfens" heissen: „weil" kein „Schnupfen". Das Heufieber kann also nicht als eine Reflexneurose im anatomisch-physiologischen Sinn aufgefasst werden, weil ein körperlicher Reiz zur Auslösung eines Anfalles gar nicht nöthig ist wie z. B. bei der Reflexepilepsie. Durch das „Nachdenken über das Heufieber", also durch die Vorstellung allein schon, die über die Schwelle des Bewusstseins tritt, wird der körperliche Zustand von der Psyche aus gewissermassen nach aussen retroprojicirt. Das Heufieber ist demnach eine Krankheit, welche den Rhino- und Laryngologen den Ophthalmologen, den inneren Mediciner, den Neurologen und vor Allem den Psychiater beschäftigt.

Beim Anblick eines Getreidefeldes oder einer Wiese wurde der Patient zum ersten Male von der Erschöpfungspsychose ergriffen. Deshalb vermögen auf Grund psychologischer Verarbeitung, auf dem Wege der Benützung der Reproductionshilfen, die das Gedächtniss bedingen, ein Pelzstück, das Geschäft des Haarkämmens, die Anwesenheit einer Katze, die vielleicht ihr Haar sträubt, en miniature an die windbewegten Gras- und Getreidehalme mit ihrem Wechselspiel von Farben, Licht und Schatten erinnernd einen Anfall psychogenetisch hervorzurufen. Beim erstmaligen Eintreten der Krankheit, der Nasenschwellung und der Erschöpfung, traf ein Windhauch Stirne und Gesicht des Patienten. Er besitzt nun eine Idiosynkrasie bewegter Luft gegenüber. Der „Landwind" ist nicht immer „schuld"; denn einzelne Patienten

beschuldigen die Seeluft. Mag nun bewegte Luft das Gesicht des ruhenden Patienten treffen oder mag sich der Patient im „Eisenbahnwagen“ gegen die ruhige Luft bewegen, dass das Gefühl bewegter Luft entsteht, oder mag endlich das Auge die Bewegung der Luft aus dem Sichneigen der Halme oder in übertragener Form aus der Bewegung des gekämmten Haares oder Katzenfells erschliessen, es genügt zur Reizung der Psyche, diesmal von einem Trigeminustrauma aus, der Opticus stand nur in dessen Dienst. Wenn nun im Eisenbahnwagen das Heufieber entsteht, so können andere Momente auch in Betracht kommen. Wenn der Schnellzug rasch dahinbraust, dass draussen Farben, Licht und Schatten durcheinanderwirbeln, ist da nicht durch die ununterbrochene, stundenlange Reizung der Retina eine Irritation der Psyche möglich? Es ist von Thieren mit erregbarem Temperament, z. B. von Pferden bekannt, dass sie unter epileptoiden Krampferscheinungen niederstürzen, wenn sie in raschester Gangart gegen die Sonne oder noch mehr wenn sie ein von Sonnenlicht grell beleuchtetes Gitter entlang jagen. Anatomisch begünstigt wird der überaus rasche und vor allen Dingen ungewohnte Licht- und Schattenwechsel auf der Retina durch die am oberen Pupillarrand der Pferde-Iris befindlichen sog. Traubenkörper. Ich bezeichne diese Art der Reizung als Oscillarirritation. Bei der Eisenbahnfahrt mögen auch die fortgesetzten, ungewohnten Erschütterungen und Bewegungen (cf. Seekrankheit!), ferner Störungen der Circulation, je nachdem der Patient mit dem Rücken oder dem Gesicht gegen die Lokomotive sitzt, Zwangs-, Befürchtungs- und Aufregungszustände, welche mit der Vorbereitung zur Reise und mit der Reise selbst einhergehen und den Patienten als einen halb Erschöpften am Bahnhof, wo er vielleicht auch „Furcht vor dem Gedränge“ hat, ankommen lassen, Entbehrungen und Anstrengungen während der Reise einen Zustand höchster Erschöpfung hervorrufen. Keiner der Eisenbahnheufieberpatienten beschuldigt den Maschinen- und Oelgeruch. Das ist auffällig bei oberflächlicher Beurtheilung. Bei dem Zustandekommen der Eisenbahnpsychose kommen natürlich auch psychische Momente, wie die Depression in Folge des Abschieds- und Trennungsschmerzes und dann vor Allem der Umstand in Betracht, dass die fortwährend beschäftigte und tausendfältig immer wieder abgelenkte Psyche auch für keine

Secunde zur Ruhe gelangt, ein fortgesetztes Anklingen von Reizen stattfindet, ohne dass es zu einem mit dem Gefühl der Befriedigung und des Gelingens verbundenen Ausklingen der Erregungen kommt, ein psychischer Tetanus eintritt, wenn wir so sagen dürfen. Eine Dame, die ich in Behandlung hatte, ist wochenlang vor einer Reise krank und kommt auch nach kurzen Reisen in halb ohnmächtigem und völlig erschöpftem Zustande an. Sie brauchte während ihrer Reise nur einen Schnupfen zu bekommen, und die Heufieberpatientin wäre fertig. Wir sehen, dass wir mit dieser Diagnose nicht zu freigebig sein dürfen, sondern gründlicher analysieren müssen. Wir hätten eine Patientin, die auf Grund der Entartung ihres Nervensystems an der Reisefurcht und grosser Erschöpfbarkeit leidet und zufällig einmal einen Schnupfen dabei sich zugezogen hat. Wollten wir nach jeder zufälligen Gelegenheit, bei der ein degenerirtes Nervensystem Schiffbruch litt, unsere Diagnosen gestalten, so hätten wir so viele Arten von Schnupfen resp. Fieber, als die frühere Psychiatrie Manien aufzählte. Wir hätten ein Getreide-, ein Gras-, ein Heu-, ein Linden-, ein Landwind-, ein Eisenbahnfieber u. s. w.

Dass gerade die untere Muschel schwillt, glaube ich auf ihre atmosphärischen Einflüssen von den inneren Nasengebilden am meisten exponirte Lage schieben zu dürfen. Erinnern wir uns nur an die Conjunctivitis catarrhalis chronica bei Glotzauge und Lagophthalmus. Die untere Muschel wird noch von reflectirten Licht- und Wärmestrahlen getroffen und von nicht vorgewärmter Luft bestrichen. In Folge des stärksten Temperaturcontrastes entwickelt sich gerade auf ihr die stärkste Verdunstungskälte, zumal auf der verweichlichten Nasenschleimhaut des Zimmerhockers. Ist es doch im Winter täglich zu beobachten, wie auf den Nasen schleiertragender Damen hartnäckige Erytheme auftreten, indem der athemhauchbelegte Schleier, an der Nasenspitze anliegend, Verdunstungskälte entstehen lässt. Die unschuldigen Pollen können wohl nur dann mechanisch reizen, wenn aus pollenreichen Blüthen direct eingeathmet wird, die Peripherie der durch den Nasencanal einsteigenden Athemluftsäule wie mit feinsten Zähnchen besetzt erscheint, die dazu noch in heftigster Bewegung sind. Das bekannte Insectenpulver, die Flores Pyrethri, greifen nicht einmal chemisch die zarten Tracheen an, sondern verstopfen dieselben mechanisch,

indem die morgensternähnlichen Pollen mit ihren Zähnchen ineinandergreifend sich gegenseitig verfilzen und mikroskopisch etwa das Bild darbieten wie die Stachel- und Riffzellenschichte des Stratum spinosum der Epidermis. Sehen wir ferner Kinder ungestraft im Spiel die Nasen in pollenreiche Blüthen stecken und die Näslein sich gelb färben. Auch sei hier gleich des Fiebers gedacht! Bei Kindern, die bekanntlich nervös viel rascher reagiren als Erwachsene, ist das Fieber bei gewöhnlichem Schnupfen sehr häufig und als „Schnupfenfieber" bekannt. Beim Heupatienten haben wir einen rein nervös ausgelösten Fieberzustand. Gleichzeitig mit dem Schnupfen tritt gewöhnlich auch eine Conjunctivitis ein. Es müsste demnach das gleiche schädliche Agens auch in den Conjunctivalsack gelangen. Es müssten wohl die Pollen eine der Ophthalmia nodosa ähnliche Erkrankung herbeiführen können, die unter Einwirkung eingedrungener und reizender Raupenhaare unter Bildung tuberkelähnlicher, die Härchen als Kern enthaltender Knötchen entsteht, während nicht reizende corpusculäre Gebilde wie Pulver- und Kalkkörnchen ohne weitere Erscheinung sogar in die Hornhaut einheilen können.

Das Heufieberasthma, das nach unserer Auffassung psychogenetisch entsteht, ist dem mit Bronchialasthma bezeichneten Zustande nicht identisch, obgleich unter letzterer Diagnose wohl nicht selten Krankheitserscheinungen zusammengefasst werden, die dem Asthmaanfalle beim Heufieber völlig gleich sein können. Beim Heufieber kann das Asthma als Symptom vertreten sein oder fehlen, während der Asthmaanfall für sich als idiopathisches Leiden bei nervösen Personen auftreten kann. Man hat beim Heuasthma und beim gewöhnlichen Asthma — ich sage absichtlich Heuasthma und nicht Heufieberasthma — die *Leyden*'schen Octaeder oder *Charkot*'schen Crystalle auftreten sehen, die bekanntlich mit dem Beginn, Verlauf und Abklingen eines Asthmaanfalles einerseits eine Vermehrung und Zertrümmerung erfahren, andererseits wieder verschwinden. Vermögen diese im Bronchialsecret suspendirten, der Schleimhaut aufliegenden Cryställchen, vom Respirationsluftstrom in Vibration versetzt, die Schleimhaut zu erhöhter Secretion reflectorisch zu reizen oder den Contractionszustand der Bronchialmusculatur zu erhöhen oder einen Schwellungszustand der Schleimhaut, eine Art erectilen Zustand zu erzeugen,

indem durch den mechanischen Reiz zunächst die Vasoconstrictoren in Contractionszustand sich versetzt sehen, dann aber durch fortgesetzte Reizung übermüdet und zum Nachlass gezwungen den Vasodilatatoren das Feld räumen müssen? Einer ähnlichen Vermehrung, Zertrümmerung und einem Verschwinden von Crystallen begegnen wir bekanntlich auch im Darm. Im Verlauf und Nachlassen von Diarrhöen sehen wir die Faecescrystalle eine Vermehrung und Zertrümmerung erfahren, um dann wieder zur normalen Zahl herabzusinken. Ich behandle soeben eine Patientin mit nervöser Diarrhöe, die bei ihr idiopathisch auftritt. Allabendlich um 7½ Uhr muss diese Patientin in kurzen Zwischenräumen 6—8 wässerige, aber braun gefärbte Stühle entleeren, welche für sie mit keinen weiteren quälenden und belästigenden Begleiterscheinungen verknüpft sind, als dass sie sich so oft nacheinander zu dem Geschäft der Defäcation gezwungen und ans Haus gefesselt sieht, da sie es zu dieser Zeit nicht wagen darf, ihr Domicil zu verlassen. In diesen Stühlen fand ich die Crystallzahl nicht vermehrt. Es sind eben keine diarrhoischen Stühle auf entzündlicher, sondern auf nervöser Basis. Ebenso fällt für das Heufieberasthma hinsichtlich der Differentialdiagnose ins Gewicht, ob *Leyden*'sche Crystalle im Sputum sind oder nicht. Beim reinen nervösen Heufieberasthma fehlen sie, d. h. sie zeigen sich ebensowenig als auffälliger Befund, wie dies für den Darm angedeutet wurde. Dass eine mechanische Reizung möglich ist, sehe ich einerseits durch die pflanzliche Raphidienbildung, indem Pflanzen von ihrem Organismus beherbergte Crystalle durch Celluloseumscheidung unschädlich machen, andererseits durch ein physiologisches Paradigma, der als nervöse Einzelleistung und projectionsfähige Function unserer Psyche unbewusst bleibenden Reizung der maculae und cristae im inneren Ohr, der Otoconiarreizung bewiesen. Auch hier eine Gallerte, die Cupula, mit grossen, suspendirten Prismen kohlensauren Kalkes, den Otolithen, zusammen die Otoconia bildend. Es ist hier nicht der Ort, hierüber weiter sich zu verbreiten. Nur muss noch angeführt werden, dass auch die regio olfactoria von einer Cuticularbildung bedeckt ist, welche Gase zu lösen im Stande ist und deren Bewegungen auf die unter ihr liegenden Nervenendigungen überträgt. Wissen wir doch aus der Chemie, dass schwache Lösungen sich ebenso verhalten wie Gase und demnach

auch für sie die kinetische Gastheorie Geltung hat. An einer andern Stelle gedenke ich demnächst über diese Bedeutung der Cuticularbildungen zu berichten. Auch die Vater-Pacinischen Körperchen sprechen im Mesenterium und Pankreas auftretend dafür, wie der Psyche als Summation in Form des Vitalgefühls von allen Regionen des Körpers als Einzelleistungen nicht projectionsfähige, sagen wir, dunkle Irritationen zufliessen. Treten nun, was beim nervösen Heufieberpatienten so leicht möglich ist, schon an der Reizaufnahmestelle Störungen auf, wie leicht wird da auch die Summe der Erregbarkeitszustände als Störung zum Bewusstsein gelangen müssen. Das körperliche Gefühl des Wohlbehagens ist bei ihm in labilem Gleichgewichtszustand.

Nach dem Stande der neueren therapeutischen Forschungen über Phototherapie ist es wohl möglich, dass das Licht als „Irritament“ bei der Entstehung der Schwellung der unteren Muschel sowie der Conjunctivitis unterstützend eingreift. Ophthalmia electrica, Solarerythem, Gletscherbrand, Untergang des Sehnerven nach Blitzschlag mögen als Beleg dienen. Für das Sinnesepithel der regio olfactoria, welche im Gegensatz zur rothen regio respiratoria schon makroskopisch ein gelbliches Colorit aufweist, indem in der nasenlumenwärts gerichteten Hälfte der Stützzellen gelbe Pigmentkörnchen in Säulchen übereinander zu treffen sind, scheint hierin eine Lichtschutzvorrichtung geboten zu sein. Vielleicht kommt diesen Körnchen ein Wandervermögen zu, was ja bei Pigment im Thierkörper häufig zu finden ist, so dass je nach der Stärke des Lichteinfalles eine endocelluläre Umordnung der Körnchenreihen zu Stande kommt ähnlich der Chlorophyllkörnchenwanderung in pflanzlichem Gewebe. Wenn wirklich die Rothlichttherapie beim Erysipel, wie neuere Beobachtungen zu beweisen scheinen, einen so grossen Erfolg hat und auf der Abhaltung schädlicher Lichtstrahlen beruhen soll, dürfte da nicht daran zu denken sein, dass eben diese Lichtstrahlen einen mächtigen Factor bei der Entstehung der Krankheit bilden? Der Streptokokkenbefund würde nichts ändern. Diese könnten ja secundär sich angesiedelt haben, und es käme ihnen nur die gleiche Bedeutung zu wie den Nasenschleimhautbacillen beim Heufieber. Ob nicht in manchen Fällen beim Heufieberschnupfen an Schleimhauterysipel zu denken ist, dürfte noch zu untersuchen sein. Auch das Erysipel sucht seine

Opfer häufig unter geschwächten und nervösen Personen, und zwar auch alljährlich und hartnäckig die gleichen Individuen befallend. Also auch hier ist eine Periodicität wie beim Heufieber zu constatiren, wie auch hier in gleicher Weise Disposition und Vererbung beobachtet wird. Seit die Neurologie einen so mächtigen Aufschwung genommen hat, erscheint manche Erkrankung, die früher nur der Domäne des inneren Mediciners sich zugewiesen sah, auch neurologisches und auch psychiatrisches Interesse in Anspruch nehmen zu wollen. Typhus, Influenza, Keuchhusten, Diabetes, Erysipel wären hier aufzuzählen.

Die Lichtwirkung auf das Naseninnere suchte ich durch Einlegen von Röhren lichtempfindlichen Papieres in den Nasencanal zu studiren und fand, dass bei diffusem Zimmerlicht die Wirkung nach einer Stunde gleich Null war, bei einer Bodenbeschaffenheit, die stark lichtreflectirend wirkt, im Freien das in der Nase liegende Papier aber schon nach 15 Minuten unten an der Nasenöffnung sich gebräunt hatte. Wenn nicht reflectirtes Licht von unten in die Nasenöffnung einfällt, so stellt der nasale Innenraum eine natürliche Rothlichtkammer dar, wovon man sich überzeugen kann, wenn man einer Person, die in gewöhnlicher Haltung dasteht, von unten aus in den Nasenraum sieht. Das blutdurchströmte Weichtheildach stellt sozusagen eine rothe Scheibe vor. An den meisten Nasen ist dieses am Ende des knöchernen Gerüstes im Bereiche eines kleinen Bezirks zu einem dünnen Septum verjüngt, so dass an dieser Stelle wie durch ein Rothglasfensterchen das rothe Licht einfällt. Wäre es nun nicht möglich, dass bei anämischen und chlorotischen Zimmerhockern die Lichteinwirkung nicht nur bezüglich des Nasenraumes, sondern des ganzen Körpers eine gesteigerte ist?

Die Secretion der Nasen- und benachbarten Conjunctivalschleimhaut muss hier besprochen werden. Das Nasenschleimhautsecret versorgt die einströmende Athemluft in geringem Grade mit Wasser, wobei die Schleimhaut durch die Verdunstung Wärme verliert, was von grösster physiologischer Bedeutung ist, wie wir sehen werden; sie arretirt Staub und sonstige corpusculäre Gebilde, unterhält durch die Alkalescenz die Flimmerepithelbewegung und regt so seine Fortschaffung an. Erst bei reichlichem und flüssigem Secret tritt das Gesetz der Schwere in Kraft, während

bei dünner, normaler Secretschichte im Gegentheil das Gesetz der Adhäsion sich manifestirt. Ist aus irgend einem Grunde die chemische Zusammensetzung des Secrets gestört, so fehlt das Stimulans für die Flimmerbewegung — auch hier ist ein Wink für therapeutisch nachzuahmende Verhältnisse gegeben — und eine Secretstagnation ist die Folge, der erste Schritt zur Störung gethan. Auch verliert die bactericide Kraft mit reichlicher erfolgendem Secretfliessen. Die Lehre von der „Selbstreinigung“ hat wie für das Vaginalsecret auch für das der Nase als eines Canales, der nach der Körperoberfläche, der Aussenwelt sich öffnet, wohl Geltung?

Auch wird die Nasenschleimhaut des Zimmerhockers, ungeübt im Kampfe mit Schädlichkeiten, ein Secret erzeugen, das weniger Gegenstoffe enthält und minder bactericid ist. Sie wird leichter erkranken, da die Schädlichkeiten leichter haften und auch die mechanische Wegschaffung gestört ist. Bei manchen Menschen wird schon durch kaltes Wetter ein stärkeres Nasen- und Thränenfliessen angeregt, z. B. bei Förstern, Kutschern. Man sollte glauben, diese Leute seien abgehärtet. Es sind aber die gleichen Leute, die auch dem Alkoholgenuss fröhnen. Ihre Conjunctivitis catarrhalis chronica, von andern Ophthalmologen nur als Hyperämia conjunctivae bezeichnet, die grössere Reizbarkeit ihrer Nasenschleimhaut, ihre Laryngitis chronica, ihre Hyperästhesie des Kehlkopfes, die bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung des Trinkers und Rauchers so auffällig ist, sind erworben durch Alkohol- und Tabaksgenuss. Die Schleimhäute secerniren leicht, und dennoch sind diese Leute gegen das Heufieber geradezu immun. Es fehlt zum Zustandekommen desselben bei diesen Leuten das Hauptmoment, das psychische. Trotz der Empfindlichkeit und leicht zu erregenden Secretionsthätigkeit ihrer Schleimhäute erkranken diese Leute doch selten an eigentlichem Schnupfen; ihre Schleimhäute sind dennoch atmosphärischen und Infectionseinflüssen gegenüber geübt und abgehärtet.

Auch ist für eine Secretsvermehrung neben thermischen, mechanischen und chemischen Einflüssen eine grelle Belichtung der Retina von Bedeutung. Dies wissen schon die Laien, indem sie bei Niesdrang in die Sonne sehen und zugleich den Kopf etwas nach rückwärts senken, um den Wärmestrahlen ein Einfallen auf

die Nasenschleimhaut zu gestatten. Ob nicht das Licht bei Leuten, die in der Grossstadt wohnen, die tagelang auf dem Studirzimmer sitzen oder wochenlang ans Krankenbett gefesselt waren, in dieser secretionserhöhenden Weise einwirkt, wäre zu untersuchen. Aus dem Häuserschatten plötzlich in Licht tretend, befällt die meisten Menschen ein Niesdrang.

Aber noch eine weitere Bedeutung hat der normale Secretbelag der Nasenschleimhaut. Durch Verdunstung und die hiermit verknüpfte Wärmeentziehung auf Kosten der Nasenschleimhaut entsteht eine angenehme Frische, ein angenehmes Luftvolumen- und Luftdurchgängigkeitsgefühl. Ist bei einer zu reichlichen Secretion die Secretschichte zu dick, so ist die Abdunstung gestört, das Gleiche ist bei zähem Schleimbelag der Fall. Wenn die Nasenschleimhaut durch Entzündung geschwollen und infiltrirt ist, so dass durch Druck auf die Trigemimusendigungen diese ausser Action gesetzt sind, wobei ferner noch die Entzündungstemperatur in erheblichstem Maasse mitwirkt, so kommt es zu dem Gefühl der Unwegsamkeit der Nase und des verminderten oder gar aufgehobenen Luftvolumengefühles. Wir erinnern uns aus der Physiologie, dass eine Täuschung des Orts- und Raumsinnes eintritt, wenn man zuerst mit einem erwärmten und dann mit einem abgekühlten gleich grossen Geldstück die Stirnhaut belastet und zwar an der gleichen Stelle. Zugleich erscheint das kalte Geldstück schwerer, auch der Drucksinn wird getäuscht. Wir sehen also, dass die Nasenschleimhaut mit Hilfe des Temperatursinnes gewissermaassen die Oberfläche der durchstreichenden Athemluftsäulen abtastet und auf diese Weise den Ortssinn ersetzt. Fühlen wir ja auch mittels des Temperatursinnes der äusseren Haut, wenn wir die Augen schliessen und die Ohren zuhalten, aus dem Grade der Abkühlung, ob stärker oder weniger stärker bewegte Luft unser Gesicht trifft; wir tasten sozusagen auch hier thermisch die Grösse des uns bestreichenden Luftvolumens ab. Und wenn bei sehr schwach fliessender Luft wir uns über die Windrichtung orientiren wollen, so benetzen wir die Volarfläche der Fingerbeere und halten sie nach sämmtlichen Richtungen der Windrose, um aus dem stärkeren Grade der entstehenden Verdunstungskälte dieselbe zu erschliessen. Ich erinnere mich eines Neurasthenikers, der immer zuerst an den Fingern leckte, bevor er etwas anfasste.

Er sagte, mit trockenen Fingern habe er nicht das „richtige Gefühl“. Dieser Fingerlecker fröhnte auch, ohne dass er etwas berührte, dieser Zwangshandlung. Er bekundete, dass er das höchste Unlustgefühl habe, wenn er nur daran denke, dass seine Finger trocken sein könnten oder wenn er an heissen Sand nur als Vorstellung sich erinnere, auch habe er, wenn er z. B. auf Gips kratzen höre oder wenn auch nur dies als Vorstellung in seinem Gehirn auftauche, ein Gefühl, als wenn man ihm mit Zangen die Nägel von den Fingern reissen wolle. Die gleiche Person äusserte öfter, dass es ihm sei, als ob nicht genug Luft durch seine Nasenöffnungen einströme. Wenn er mit dem bespeichelten Finger das Naseninnere bestreiche, so sei das Unlustgefühl der Athemluftbehinderung aufgehoben. Es ist auch interessant, wie dieser Patient seinen Schnupfen kurirte. Während andere Neurastheniker im Eisenbahnwagen die Fundstätte ihrer interessanten Krankheit des Heufiebers erblicken, betrachtete die letztgenannte Person diesen Ort als Kuranstalt. Er hielt den rückwärts geneigten Kopf mit geschlossenen Augenlidern zum Fenster des rasch dahinfahrenden Eisenbahnwagens hinaus gegen den Wind, um die heftig bewegte Luft in beide Nasenlöcher einströmen zu lassen. Jedesmal habe eine kurze derartige Fahrt seinen Schnupfen kurirt.

Dieses Aufgehobensein des Luftdurchgängigkeitsgefühls der Nase, sagen wir kurz, diese Lufttaubheit, Aeroanästhesie, kann auf rein nervösem Wege entstehen und durch Steigerung des hiermit verknüpften nosophobischen Angstzustandes zu Asthmaanfäll und Präcordialangst sich ausbilden. Eine Basedowkranke gab mir an, dass sie zu ersticken glaube, wenn sie nur sähe, dass Fenster und Thüre geschlossen seien. Dieser nervöse Lufthunger erinnert an das hysterische Wassertrinken und den hysterischen Durst. Eine Patientin versicherte mir, dass sie stets in der Kehle die „Sucht nach einem richtigen Labsal“ habe aber dieses nie finden könne. Dieser Labsalhunger, dieser Lufthunger, dieser Durst sind rein nervöse Symptome.

Wenn wir uns an die oben angeführte Patientin, welche als frühere Kaltwasserkurpatientin später Wasser überhaupt nicht mehr berühren kann und zur hysterischen Wassertrinkerin — „das thut ihr gut“ — wird, wenn wir uns ferner an die oben angeführte Idiosynkrasie der bewegten Luft gegenüber, die Aërophobie, also

auf einer Hyperästhesie beruhend, die zugleich mit der Lufttaubheit der Nase, also der Aëroanästhesie, gepaart sein kann, erinnern, so ist man in der That versucht, an hysterischen Transfert zu denken, an eine regionäre Dislokation und Dissociation der Sensibilität, eine Umlagerung, eine Verschiebung des sensiblen Gleichgewichtes, das zwischen rechter und linker Köperoberfläche, zwischen Cutis und Schleimhäuten, zwischen Nasenschleimhaut und Uterus, zwischen Haut oder Schleimhaut und Muskelgruppen u. s. w. hin- und herschwanken kann.

Gerhardt beobachtete bei einem Onanisten eine so hochgradige Hauthyperästhesie, dass sogar das Anblasen der Haut Glottiskrampf verursachte.

Ist das Gefühl der Lufttaubheit verhanden, so suchen wir durch Reizmittel aller Art eine erhöhte Sekretion auf der Nasenschleimhaut herbeizuführen, um eine erhöhte Abdunstung und so ein Entstehen eines Erfrischungsgefühles herbeizuführen.

Hier ist auch die Stelle, wo wir von der Schädlichkeit des Rauches und des Nebels als Entstehungsursache des Heufiebers zu sprechen haben. Noch öfter und rascher wird von diesem Agens das Auge als die Nase beleidigt. Die gleichen Personen, die ängstlich jedes abgebrannte Streichholz und jeden Papierschnitzel („Papierfurcht") nicht aus wohlberechtigtem Reinlichkeits- und Ordnungssinn, sondern aus Furcht vor Feuersgefahr aufheben, leiden auch an der Kapnophobie, wie man diesen Zustand bezeichnen könnte (Καπνός Rauch, Nebel), indem sich vielleicht die Phobie des Neurasthenikers, die Nosophobie, hinzugesellt oder die Basis bildet. Derartige Personen sind oft nicht dazu zu bewegen, in einem Zimmer zu schlafen, wo eine Leuchtgaseinrichtung vorhanden ist.

Nur in den seltneren Fällen mag der Riechstoff krankmachend eingewirkt haben. So hat man Hysterie nach Aethereinathmung als Trauma beobachtet. Dem Riechstoff gegenüber besteht dann eine psychische Vulnerabilität, die als „Idiosynkrasie" oder vielmehr als Phobie sich äussert.

Bezüglich der lokalen Disposition hat nach *Thost* die anatomische Grundlage wenig Bedeutung. Obgleich Zahnanomalien und Trigeminusneuralgien, Turmschädel und Neuritis optica, Anisometropie und Asymetrie des Schädels und Gesichtes, prämature Schädelbasissynostosen und psychische Erkrankungen oft vergesellschaftet

auftreten und kein Skeletttheil des menschlichen Körpers so häufig Asymmetrien aufweist und schon makroskopisch eine so stiefmütterliche Behandlung seitens der Natur dokumentirt als das knöcherne Nasengerüst, spreche auch ich derselben eine besondere Bedeutung ab. Höchstens bei der Gruppe von Patienten, die auf Grund der Vererbung ein degenerirtes Nervensystem besitzen, wird zugleich eine Skeletthemmungsbildung bestehen können. Es liegt dann eben eine mehrfache Manifestation einer vorhandenen Degeneration vor; jedoch ist das Verhältniss nicht so, dass beide immer zusammen auftreten müssten. Auf eins nur möchte ich hier gerne hinweisen, dass nämlich der Geruchssinn des Menschen und hiermit natürlicherweise auch dessen anatomisches Substrat im Rückgang begriffen ist. Man vergleiche nur den beträchtlichen Lobus olfactorius des Thiergehirnes, der makroskopisch sich noch als ein Gehirntheil präsentirt, die mächtige Riechkommissur des Affengehirnes mit den entsprechenden Gebilden des menschlichen Gehirnes! Vielleicht ist in dieser ontogenetischen Rückbildungstendenz des unteren Antlitzschädels, des Nasenkieferschädels, auch ein Bestreben der von ihm beherbergten Organe, dem rudimentären Charakter hinzuneigen, ausgesprochen und eine leichter erfolgende Störung und Hemmung während der Entwicklung geboten als bei anderen Organen, die noch nicht in Rückbildung begriffen sind.

England, Amerika und Deutschland sind die Länder des Katarrhes der Luftwege und also auch des Heufiebers; denn es muss nur noch der psychische Component hinzutreten. In Frankreich treten die schwereren Formen des Heufiebers auf. Hier ist der psychische Faktor in umfangreicherem Masse gegeben. Länder mit konstantem Klima bieten Schutz; ein kontrastreiches Klima leistet Vorschub. Wenn körperlich und geistig geschwächte Personen nach verweichlichender Ueberwinterung plötzlich unter freien Himmel unter den Einfluss eines sommerlichen Klimas — dies geschieht in Städten an einem besonders schönen Tage, der Alles ins Freie lockt, daher vielleicht auch das gleichzeitige Erkranken der Personen an ein und demselben Tage — treten, sind da nicht acute psychische Veränderungen möglich, wie sie bekanntermassen in chronischer Weise sich auch bei kräftigen in die Tropen ausgewanderten Europäern einstellen? Bei diesen tritt allmählich Schlaffheit, Gleichgiltigkeit, Gedächtnissabnahme, Verlust der gemüthlichen Wieder-

standsfähigkeit, Reizbarkeit und Empfindlichkeit, endlich ein Schwinden der Thatkraft ein (*Rasch*, Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie LIV 745). *Kräpelin* giebt an, dass er den Eindruck habe, als ob die Aufregungszustände der psychisch Erkrankten im Sommer meist heftiger verliefen als im Winter, dass bei circulären Fällen nicht selten die Depression in den Winter falle. Als einfachste Art der Hirnreizung pflegt man den Blutandrang zum Kopfe zu betrachten, der unter anderem durch Wärmebestrahlung des Kopfes hervorgerufen wird.

Es sei hier daran erinnert, dass das Gefühl der winterlichen Erschlaffung im Frühjahr, man möchte sagen instinktmässig, auch die robustere Landbevölkerung zu allerlei volkstherapeutischen Massnahmen wie Frühlingskräutersafttrinken, Laxier- und Aderlasskuren verführt, um jenes Unlustgefühl zu verscheuchen.

Nach langer Ueberwinterung ins Freie tretend, ergeht es dieser Person nicht wie einem Kinde, das nach einem längerem Krankenlager wieder auf die Gasse zu den Gespielen und in die Schule tritt? Alles ist ihm ungewohnt und neu geworden. Bei Allem muss es überlegen und denken, was bei Andern ohne Anstrengung der Psyche mechanisch und automatisch abfliesst. Letztere glückliche Einrichtung ist geradezu eine Schutzvorrichtung für unsere ohnedies überbürdete Psyche.

Krankheiten leisten der Entstehung des Heufiebers insofern Vorschub, als sie zur Erschöpfung führen. Zuvor sei aber noch eines Umstandes gedacht, welcher möglicherweise bei unseren Patienten im Frühjahr eine gereiztere Stimmung und zugleich eine höhere Empfindlichkeit und eine gesteigerte Blutversorgung der Geruchsorgane zeitigt. Es ist das Gebiet der Sexualsphäre. Die Criminalpsychologie führt an, dass die meisten geschlechtlichen Verbrechen in die Frühjahrszeit fallen. In der That hat es den Anschein, als ob diese Zeit gewissermassen das Erwachen einer Brunst, eines erhöhteren Dranges zur Geschlechtsausübung und zwar besonders beim männlichen als dem aggressiven und herausfordernden Theile zeitige. Die Gynäkologen haben in der Neuzeit durch nasale Cocainisirung eine erfolgreiche Behandlung dysmenorrhoischer Zustände gesehen. Eine vikariirende Menstruation in Form einer Epistaxis ist keine Seltenheit. Ein Neurastheniker versicherte mir, dass er jedesmal vor der Ausführung einer Cohabitation

bemerke, wie eine Unmenge Schleim sich plötzlich ihm im Halse bilde. Vor dem betreffenden Hause angelangt, müsse er eine Unmenge schleimiger Sputa entleeren, bevor er dasselbe betreten könne, dabei bestehe bei ihm hochgradige geschlechtliche Erregung. Während des Coitirens und nach demselben sei diese übermässige Schleimproduction nicht mehr vorhanden. Und auch physiologisch liesse sich ein erhöhter Blutzufluss zu den dem Riechsinn dienenden Organen zur Zeit eines gesteigerten Geschlechtserwachens deuten und verstehen. Beim Thiere sind diese Verhältnisse noch erhalten. Das männliche Thier wittert zur Brunstzeit das begattungssüchtige Weibchen aus dem Geruch des Vaginalsekretes. Wenn auch dem Menschen mit dem Rudimentärwerden des Geruchsorganes diese Fähigkeit verloren ging, so haben sich vielleicht doch noch unter gemeinsamer Innervation stehende Abhängigkeitsverhältnisse vasomotorischer Art erhalten, ohne dass es zu einem die Schwelle des Bewusstseins überschreitenden Sinnesthätigkeitseffecte käme. Aber das periodische alljährliche Auftreten des Heufiebers fände auf dieser Grundlage eine Erklärung. Erschöpfende Krankheiten fördern das Entstehen des Heufiebers. Es steht daher die Influenza oben an, und diese führt ja sehr häufig zu einer Psychose, zur Influenzapsychose. So sehen wir andrerseits die Gicht, die doch zum Asthma in Beziehung steht, durchaus keine Disposition für das Heufieber erzeugen. Dass Rekonvaleszenten nach langem Krankenlager gerne an Heufieber erkranken, finden wir nach dem bis jetzt Gesagten selbstverständlich.

Ferner kommt wohl den Krankheiten eine prädispositionschaffende Bedeutung zu, welche eine gewisse Vulnerabilität und höhere Reflexempfindlichkeit des Respirationstractus hervorrufen. Dieselbe kann auch ererbt sein. Dass es auf psychischen Gebiete eine erworbene Vulnerabilität giebt, beweist das Entstehen hysterischer Zustände nach irrationeller Vornahme des Hypnotisirens. Hat die Psyche sich geändert, so muss auch das anatomische Substrat wenigstens chemische Veränderungen eingegangen sein. Eine Beobachtung der Ophthalmologen, dass nämlich nach Hornhautverletzungen recidivirende Erosionen auftreten, ohne dass ein neuer Reiz gegeben ist, spricht dafür, dass es eine erworbene, erhöhte Vulnerabilität giebt. Auch die schlummernde Latenz des alljährlich immer wieder erwachenden Erysipels und die Aufstellung der Lehre

vom traumatischen Scharlach, wobei durch Erschütterung des Körpers eine mechanische Gewebeschädigung die Bacterienthätigkeit wieder aufflackern lässt, mögen hier angeführt werden. Vielleicht dürfte auch bei der Entstehung des Heufiebers als einer Erschöpfungspsychose an eine „Selbstvergiftung“ durch Anhäufung von „Ermüdungsstoffen“ als Toxinen im Körper zu denken sein, die durch die Schleimhäute eliminirt würden und hier um so eher eine Wirkung entfalteten, als der Chemismus des Sekretes bei verweichlichten Personen bereits gestört ist. Ich erinnere daran, dass die Entstehung des Jodschnupfens und der Jodconjunctivitis durch das Fehlen eines in diesen Sekreten sonst vorhandenen Salzes bedingt sein soll. Die prodromale Maserneonjunctivitis wird auf eine conjunctivale Giftausscheidung zurückgeführt. Ueber die Giftigkeit der Sekrete psychisch Erkrankter sind bereits Untersuchungen mit positivem Resultate gepflogen worden. Jedenfalls könnte die durch die Giftausscheidung noch vermehrte Sekretentmischung eine Abnahme der Widerstandsfähigkeit erzeugen.

Nicht wenig trägt, wie bereits angedeutet, neben der bestehenden chronischen Erschöpfung und Erschöpfbarkeit, der acuten körperlichen Uebermüdung durch die ungewohnte, angestrengtere Bewegung im Freien, dem Bestehen eines Gereizt- und Empfindlichseins und des Nichtempfänglichseins für störende Einflüsse und Ablenkung, dem Nichtgewappnetsein des verweichlichten Körpers und der kampfesuntüchtigen Schleimhäute atmosphärischen Einflüssen gegenüber, die psychische Inanspruchnahme zum Zustandekommen des Krankheitsbildes des Heufiebers als einer Erschöpfungspsychose bei, indem ein bereits bestehender chronischer, psychischer Krankheitszustand plötzlich zu einer dem Kranken lästig fallenden Höhe gesteigert wird, der Kranke aber in seinem Krankheitsgefühl körperliche Symptome als Hauptsache ansieht und für deren Entstehung „einen“ Reiz, der ihn am meisten belästigt hat während der Entstehung seines Zustandes, haftbar macht.

Deshalb mögen die farbenarmen und eintönigen Länder, die Auge und Geist kalt lassen, heufieberfrei sein. Hier werden auch das Geruchsorgan und auch das Ohr nicht allzu sehr gequält. Auch im „Cirkus“, wo einige Heufieberpatienten ihre interessante Krankheit acquirirt haben, um hintennach den Pferdegeruch — den Geruch eines Thieres, das von Heu lebt — haftbar zu machen,

mag durch das Farbengeflirr, die Bewegungen u.s.w. eine psychische Uebermüdung und Reizung, die eine Erschöpfung herbeiführte, die Ursache ihres Krankheitsgefühles sein, während der oft starke Ammoniakgeruch, der aus den nahen Pferdestallungen, von zersetzten Pferdeexkrementen stammend, dringt oder aus dem Fell der schwitzenden Thiere, den Kleidern der Wärter und Reiter strömt, ihre Schleimhäute zu heftiger Sekretion veranlasst hat, welcher Zustand den Kranken als Schupfen imponirt und als Träger ihres Gesammtkrankheitszustandes aufgefasst wird. Auch Staub kann die Sekretion veranlasst haben, während der Pferdegeruch sie psychisch quälte, welcher natürlicherweise haftbar gemacht wird. Der Heufieberkranke macht es wie viele andere Patienten. Er klammert sich an das Nebensächliche, weil ihm die Hauptsache unbekannt ist. Dass er krank ist, fühlt er; aber dass seine Psyche der Sitz der Krankheit ist, weiss er nicht.

Bevor ich zum Schlusse der Arbeit zu einer kurzen Zusammenfassung dessen, was das Wesen des Heufiebers ausmacht, übergehe, möchte ich noch gerne eines hervorheben, es ist die Idiosynkrasie der Bewegung gegenüber. Vom Auge aus geschieht die Reizung — das entgeht dem Patienten — und ein Duft wird haftbar gemacht. Wie *Förster* eine Kopiopia dem Lichte gegenüber aufgestellt hat auf Grund hysterischer Anlage, so möchte ich eine solche dem Bewegten gegenüber, dem Wechsel von Licht, Schatten und Farben gegenüber im Sinne einer Retinal- und Gehirnreizung, einer Oscillarirritation, wie sie bei dem ein Gitter entlang jagenden Pferde erzeugt wird, annehmen, nur dass die Reizung nicht zu einer solchen Höhe gelangt, dass es zu einem Zusammensinken unter epileptoiden Krämpfen käme. Die Nachbilder, wozu es auf einer die Zimmerruhe gewohnten Netzhaut leicht kommt, sind noch nicht abgeklungen, während sie schon zu neuen Eindrücken und deren Verarbeitung herangezogen wird.

Ich erinnere an den Nystagmus oscillatorius, der bei Kohlenhauern entsteht, indem sie bei der Arbeit angestrengt nach oben und aussen schauen müssen. Es entstehen Krämpfe in einem überreizten Muskelgebiet. Ein Radfahrer, welcher gelegentlich einer Wette eine ungeheure Wegstrecke zurückgelegt hatte, zeigte am nächsten Tage die Erscheinungen einer retrobulbären Neuritis (*Fuchs*, Lehrbuch der Augenheilkunde 1898 pag. 530 unterste

Zeilen). Auch diese führe ich auf eine übermässige Reizung und zwar hier des Nervus opticus während der raschen Fahrt selbst zurück. Interessant ist auch, dass *Fuchs* häufig prodromal oder gleichzeitig einen Schnupfen auftreten sieht bei der retrobulbären Neuritis. Wie ist es nun beim Heufieberpatienten? Bei ihm ist das Gehirn der Locus minoris resistentiae. Bei ihm werden durch die retinalen und damit cerebralen Reizungen Gehirnerscheinungen ausgelöst. So erzählte mir in München ein Student, dass er jedesmal heftiges Kopfweh und Schwindelgefühl bekomme, wenn er in den Isaranlagen links der Isar bei Abendsonnenschein das lange Gartengitter entlang schritte. Dies war merkwürdigerweise sein Lieblingsspaziergang. Er sagte, er habe das Gefühl, als wenn er auf einem sehr hohen Berge stände und in den Abgrund schaute. Dabei überkomme ihn eine Müdigkeit, dass er sich oft hinlegen wollte. Er fragte mich damals um meinen Rath. Ich sagte zu ihm im Scherz, er leide an der Gitterkrankheit, an der ἑρχοχοπιοπια. In der That: die Müdigkeit des ganzen Körpers, die zugleich mit Lustgefühlen gepaart zu sein schien, entstand durch retinale abwechselnde Licht- und Schattenreizung. Haben wir das Gleiche nicht beim windbewegten Getreide- oder Gräsermeer, nicht im Park, wo Stämme, Stauden und Zweige das Gitter bilden oder im Winde zitternde Blätter, wie z. B. die der Espe, abwechselnd Licht in des Heufieberpatienten Auge reflektiren, nicht im Cirkus, nicht beim Anblick des gekämmt werdenden Haares? Ich würde mich nicht wundern, wenn ich eines Tages die Mittheilung lesen würde, dass ein neurasthenischer Student, der bereits an Heufieber erkrankt war, beim Anblick von prächtig wogendem Flimmerepithel im Mikroskop, indem der Wimperstrom als Reproductionshilfe das Bild des windbewegten Getreidefeldes als Trauma auftauchen lässt, einen Heufieberanfall bekäme. Für diese Idiosynkrasie dem Bewegten und Schwankenden gegenüber liesse sich wohl die Bezeichnung Oneokopiopie und Oneophobie vorschlagen (ὀνέομαι[1]) schwanken). In sehr vielen Fällen wird durch diese der Erschöpfungs- und Ermüdungszustand, der das Krankheitsgefühl des Heufieberpatienten ausmacht, herbeigeführt.

---

[1]) Vom gleichem Worte ist auch Iridodonesis, das Irisschlottern, gebildet.

Bedingungen zur Entstehung des Heufiebers sind ererbte oder erworbene generelle, und lokale, somatische, sensorielle und psychische Widerstandsminderwerthigkeit. Bezüglich der letzteren besteht ein hysteroider Typus, vielleicht ein epileptoider.

Für die Diagnose Heufieber auf hysteroider Basis dürfen wir aber erst dann stimmen, wenn neben der im Freien entstehenden Krankheit, die in einem Zustande völliger Erschöpfung mit hohem Krankheitsgefühl, erhöhter psychischer Reizbarkeit und Empfindlichkeit, die sogar zu einer Zornesmüthigkeit, die an das epileptische Irresein erinnert, sich steigern kann, in Zwangsvorstellungen und -befürchtungen sich äussert und durch irgend eine sensorielle Reizung, gewöhnlich aber auf mehreren sensoriellen Gebieten gleichzeitig und zugleich auftretenden Alterationen, wobei vom Patienten jedoch nur ein bestimmtes Agens als Krankheitserzeuger beschuldigt wird, auf dem Boden eines bereits bestehenden ererbten oder erworbenen chronischen Zustandes der Psyche zu dieser Höhe gesteigert wird, der gleiche Zustand rein psychogenetisch auch ausserhalb der Heufieberzeit an irgend einem beliebigen Orte sich entwickeln kann. Wie wir einerseits eine psychische Hysterie sine stigmatibus, eine psychische Epilepsie ohne neurologische Zeichen, bei der Morbus Basedowii formes frustes z. B. ohne deutliche Augensymptome aufstellen, müssen andererseits aber auch ebenso oft die neurologischen Symptome vor die psychischen in den Vordergrund rücken sehen, so gilt das Gleiche auch beim Heufieber. Wir könnten bei diesen Krankheiten geradezu von delomorphen und adelomorphen psychischen und somatischen Anzeichen reden. Bald sind mehr die einen, bald mehr die andern, bald beide deutlich ausgeprägt. Aus dem gleichen Grunde diagnosticiren wir häufig eine Migräne, weil die psychischen Aequivalente adelomorph sind, und diese Migräne entpuppt sich bald als prodromale Krise einer später auftretenden Tabes oder als Stigma einer deutlich werdenden Hysterie. Wir sehen, wie unendlich wichtig für den praktischen Arzt das Studium der Psychiatrie sich erweist. Das „Graeca sunt, non leguntur“ der Psychiatrie gegenüber sollte endlich aufhören, indem man dieses Gebiet der Medizin einfach überschlägt und vernachlässigt. Ich behandle soeben eine Basedowkranke, bei welcher die körperlichen Symptome, besonders die Augensymptome, adelomorph, die psychischen aber delomorph in Erscheinung treten.

Ohne psychiatrische Kenntnisse kann hier keine Diagnose gestellt werden. Ich werde den Fall auch veröffentlichen. Die Patientin traf ich als Irre im Bett liegend, nachdem sie auf Grund der Diagnose „Schwermuth“ drei Monate lang mit Brom behandelt war. Ich beraubte eine Ziege der beiden Schildrüsen und unterwarf die Patientin einer Antithyreoidinziegenmilchkur. Schon nach 10 Tagen der Milchbehandlung zeigte sich eine völlige Abnahme der Pulsfrequenz, der psychomotorischen Erregung und des Bewegungsdranges. Patientin arbeitet schon jetzt wieder in der Küche und am Nähtisch, was ihr vorher gänzlich unmöglich war.

Ich habe oben gesagt, dass beim Heufieberpatienten sich der hysteroide Typus zeige. Der psychische Alterations- und Erschöpfungszustand bildet für den Patienten das Trauma und irgend ein Agens vermag, sinnlich wahrgenommen oder als direkte Vorstellung oder als indirekte, erst auf ideenassociativem Wege erzeugte Vorstellung, wobei der Patient vorstellend und gemüthlich einem Zwange unterworfen ist, diesen gefürchteten Erschöpfungszustand auszulösen. Für den Patienten ist Agens und Zustand in eins zusammengeflossen. Diese Angst vor einer Angst ist das eigentliche Trauma, und diese Zwangsbefürchtung reiht sich den Zwangszuständen an, wie sie auf dem Boden hereditärer und erworbener Degeneration erwachsen. Bei dem Patienten besteht ein labiles Gleichgewicht bezüglich des Wohlbehaglichkeitsgefühls, eine erhöhte somatische, sensorielle und psychische Insufficienz und Vulnerabilität sämmtlichen Ansprüchen und Provocationen der Aussenwelt sowie seiner eigenen geistigen Innenwelt gegenüber. Diese Insufficienz lässt Erscheinungen und Zustände fest und hartnäckig haften, von welchen ein Gesunder sich rasch losschält.

Von dieser Gruppe des echten und spontanen Heufiebers glaube ich eine zweite Gruppe scheiden zu müssen. Es sind dies die Patienten, welche das interessante, aristokratische Leiden des Heufiebers unter irgend einer autoritativen Beeinflussung und der Wirksamkeit der Autosuggestion stehend, sich erst krankheitsgemäss zurechtgelegt, sich psychisch erarbeitet und dasselbe auf dem Boden ihrer krankhaften Veranlagung gross gezüchtet haben, in ihrem Leiden einen „Beruf, eine Unterhaltungsquelle“, damit paradirend und prahlend, erblicken. Die hysterische Ulcuscrurispatientin ist eine andere als die nicht hysterische. Ein Schnupfen, ein Asthma-

anfall eines Hysterischen ist noch kein Heufieberanfall mit diesen Symptomen. Aber unter Eingabe von Zwangserscheinungen, die ja auch beim echten Heufieberpatienten massgebend sind, kann sich die hysterische Färbung seines Leidens allmählich so steigern, dass der Diagnostiker die grössten Schwierigkeiten findet, wenn er sich nicht an die psychischen Symptome hält und das Heufieber als eine Psychose auffasst, bei welcher die psychischen Aequivalente delomorph und adelomorph gefunden werden können. Differentialdiagnostisch kommen das Bestehen einer Hyperosmie „trotz" des Schnupfens, ein Nichtvorhandensein *Leyden*'scher Crystalle im asthmatischen Sputum als Beweis einer reinen Psychogenese zum Unterschied von entzündlichen Zuständen in Betracht. Wollen wir die erste und echte Gruppe als die des spontanen, die zweite als die des suggestiven Heufiebers bezeichnen, wenn wir die zweite nicht ganz ausscheiden wollen! Da aber die körperlichen Zeichen auch bei der zweiten Gruppe später rein psychogenetisch entstehen und auch die psychischen Anzeichen undeutlich sich manifestiren können, so werden wir, besonders wenn nicht eine günstige Anamnese bezüglich des ersten Entstehens und der Entwicklung der Krankheit unserer Diagnose entgegenkommt, eine Scheidung nach den beiden angedeuteten Gruppen kaum vornehmen können, umso mehr als bei beiden Gruppen bei den anamnestischen Erhebungen eine gewisse Prahlsucht und Uebertreibung seitens des Patienten sich geltend machen wird, da eben der hysteroide Typus die Basis bildet.

Inwieweit ein epileptoider Typus das Krankheitsbild beherrscht, lässt sich nach meiner Ansicht nur bei den Patienten feststellen, welche weniger ein Grausen und einen Schauder vor dem krankmachenden Agens als vielmehr eine Apathie, einen herabgestimmten und gedämpften psychischen Zustand, der an Dämmerzustande erinnert, und zugleich eine explosiv sich äussernde Zornesmüthigkeit zeigen. Es gehören hierher jene Personen, bei welchen durch fortgesetzte Reizung wie die angeführte Oscillarirritation eine Müdigkeit und eine Art Dämmerzustand erzeugt wird. Der oben angeführte Student scheint diesen Zustand absichtlich öfters erzeugt zu haben, indem er am Gitter spazieren ging. Es ist wie eine Art von psychischem Masochismus; indem die absichtliche Selbstquälerei mit perversem Lustgefühl gepaart zu sein scheint. Er prahlt nicht mit seinem Leiden; er fröhnt im Geheimen dieser Bethätigung.

Auch der oben angeführte Professor scheint sich durch das Farben- und Lichtgeflirr der sich drehenden Caroussels und des Tönegewirres der sich überschreienden und durcheinanderschrillenden Drehorgeln in eine Art angenehmen Dämmerzustand zu versetzen. Sie erinnern an den epileptischen Dipsomanen, der durch Alkohol diesen Zustand erzeugt, was ihm bei seiner Intoleranz diesem Stoff gegenüber leicht gelingt. Sowohl der Professor als der Student neigen dem epileptoiden Typus zu. Beide waren merkwürdigerweise Weiberfeinde. Und in der That hat es den Anschein, als ob bei beiden die aus dem Gebiet einer unbefriedigten Sexualsphäre der Psyche zufliessenden, als solche aber nicht bewusstwerdenden Irritationen in perverser Weise in einer Art vikariirendem Masochismus oder vielmehr Sadismus einen Ausweg suchten. Der Professor äusserte einmal zu mir, dass er, wenn er auf einem Mädchenkopfe „schöne, sonnengoldrothe“ Haare erblicke, so wäre es ihm, als müsse er „mit beiden Händen so recht drinn wühlen“, also ein Bekenntniss seines an Sadismus erinnernden Zustandes.

Thost führt an, dass viele Patienten „in ihren Briefen“ bekunden, dass sie sich absichtlich bekannten Schädlichkeiten aussetzen und Schutzmassregeln ausser Acht lassen. Dies ist jedoch als hysterische Prahlerei, die sich an die Oeffentlichkeit drängt, zu betrachten.

Unter den Heufieberpatienten mögen solche sein, die dem epileptoiden Typus zuneigen. Diese Patienten bedürfen aber immer, wie der Dipsomane, einer Dosis Alkohol, eines Ganges im Freien. Bei ihnen ist der psychische und körperliche Krankheitszustand nicht psychogenetisch zu reproduciren und zu retroprojiciren. Ist die psychische und somatische Widerstandsfähigkeit noch gross genug, so kommt es wie bei den angeführten Personen, nur zu einer perversen Bethätigung. Ist dieselbe aber gering, so kommt es zu dem Erschöpfungszustand, der als Heufieber angesprochen wird. Die Gruppe des spontanen Heufiebers müsste demnach in zwei Unterabtheilungen: den hysteroiden und den epileptoiden Typus geschieden werden, welche jedoch unter dem Gesichtspunkt des Entartungsirreseins eine einzige Gruppe darstellen. Dass es durch fortgesetzte Reizungen sogar zu epileptischen Anfällen kommt, beweist z. B. die durch parasitäre Reizung der Darmschleimhaut oder der Nasenschleimhaut (Pentastomum) erzeugte Epilepsie, die

bei Menschen und Thieren beobachtet wurde. Auch bei dem als Heufieber bezeichneten Krankheitszustand sehen wir, wie bereits eine Trennung nach der hysterischen und epileptischen Seite hin sich geltend macht, ein genereller Unterschied sich bekundet. Der Epileptiker bedarf einer anatomisch-physiologisch verfolgbaren Sinnes- oder Nervenreizung, wenn der betreffende Zustand sich ausbilden soll, während bei dem Hysterischen das gleiche Trauma in der Psyche eine Function haften lässt und zwar als latente, die auf irgend eine Art aus ihrem Schlummer geweckt ihrerseits selbst als Trauma, also als mittelbares, die Krankheitserscheinungen der Psychose zu reproduciren und auf körperliche Regionen zu retroprojiciren vermag.

Die Therapie muss demnach auch eine psychische Behandlung einleiten. Auf Helgoland finden viele dieser Patienten Heilung. Hier giebt es keine klimatischen, keine Farben- und Lichtkontraste. Hier wird auch der Geruchssinn nicht gequält. Hier finden sie gänzliche psychische Ausspannung. Das limitirte und den Stoffwechsel anregende, auf Blut und Athmung so günstig einwirkende Seeklima lässt ihre Kräfte steigen. Haut und Schleimhäute haben hier ein günstiges Uebungsfeld zur Gewöhnung und Abhärtung. Aber auch das Meer wirkt günstig auf die Psyche ein. Der Anblick des Meeres diktirt der Seele Ruhe. Das alltägliche und fortwährende Betrachten des mit zartem Licht- und Schattenwechsel gepaarten sanften Wellenschlages eines gleichgefärbten Mediums, das nur vom blauen Himmel überwölbt ist, ist für sein Auge wohl das beste Gewöhnungsmittel, wie dieser Anblick ja auch auf den Gesunden einen gleichsam einlullenden und beruhigenden Einfluss ausübt. Hier wird nicht die Retina wie die des im Parkdunkel dahinschreitenden Neurasthenikers durch grelles, durch Blätter, Zweige und Stämme blitzendes Licht in starker Contrastwirkung beleidigt und gereizt. Ueberall wohlthuende Eintönigkeit und Gleichförmigkeit und Schweigen und sogar in der Bewegung Gleichförmigkeit und Ruhe.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Nordostdeutscher psychiatrischer Verein.

8. Jahressitzung

am 8. Juli 1901 in der Irrenanstalt zu Treptow a. Rega.

Anwesend: *Albrecht*-Treptow, *Colla*-Finkenwalde, *Deutsch*-Lauenburg, *Evler*-Treptow, *Heinke*-Lauenburg, *Horstmann*-Treptow, *Kaliebe*-Treptow, *Knecht*-Ueckermünde, *Luther*-Ueckermünde, *Mercklin*-Treptow, *Moeli*-Berlin, *Neugebauer*-Conradstein, *Siemens*-Lauenburg, *Tomaschny*-Treptow, *Wattenberg*-Danzig, *Westphal*-Greifswald.

Ihre Abwesenheit haben entschuldigt: *Buschan*-Stettin, *Gercke*-Cammin, *Kayser*-Dziekanka, *Kroemer*-Conradstein, *Manke*-Rügenwalde, *Meschede*-Königsberg, *Neisser*-Leubus, *Pütter*-Stralsund, *Rabbas*-Neustadt-Wpr., *Schauen*-Schwetz, *Stoltenhoff*-Kortau, *Voigt*-Cammin.

Vor Beginn der Sitzung fand ein gemeinsamer Rundgang durch die Anstalt statt, wobei *Mercklin* Mittheilungen über den Bauplan der Anstalt machte (vgl. Psychiatr. Wochenschr. 1901 No. 31).

1. *Mercklin* eröffnet als Geschäftsführer die Versammlung, verliest ein Begrüssungstelegramm des Landeshauptmanns der Provinz Pommern, *von Eisenhart-Rothe*. Es wird telegraphische Beantwortung beschlossen.

Als Versammlungsort für 1902 wird auf schriftliche Anregung *Stoltenhoffs* Danzig bestimmt.

Als Geschäftsführer für das Jahr 1902 werden *Kroemer*-Conradstein und *Siemens*-Lauenburg gewählt.

Von dem Kassenbericht wird Kenntniss genommen und von den anwesenden Mitgliedern 1 Mk. Jahresbeitrag erhoben.

2. *Colla*-Finkenwalde: Der Alkoholismus und seine Behandlung.

C.'s Vortrag bildet die Ausführung folgender Leitsätze:

1. Der chronische Alkoholismus ist eine Krankheit.

2. Als wesentliches Moment für die Entstehung kommt die erhöhte Empfindlichkeit der Einzelnen für die Giftwirkung des Alkohols (Intoleranz) in Betracht.

3. Die Intoleranz ist angeboren oder erworben. Namentlich kann auch der Einfluss bekannter, die Widerstandsfähigkeit des Organismus schwächender Momente (Ausschweifungen, Infektionen u. s. w.) auf die Intoleranz nicht von der Hand gewiesen werden.

4. Die Intoleranz, einmal vorhanden, ist im Allgemeinen unabänderlich, und somit der Alkoholismus unheilbar insofern, als ein Alkoholiker bei Versuchen, geistige Getränke mässig zu geniessen, ausnahmslos rückfällig wird.

5. Daher kann die rationelle Behandlung des Alkoholikers nur darin bestehen, dass man den Alkoholiker aus den Trinksitten reisst und ihn zum Anhänger der Enthaltsamkeitsbestrebungen macht.

6. Zu diesem Zweck genügt in Ausnahmefällen ärztliche Aufklärung und Beseitigung der Gelegenheit zum Trinken für kurze Zeit. In den meisten Fällen ist eine mühsame Erziehung des Alkoholikers zur rückhaltlosen Hingabe an die Idee der Totalenthaltsamkeit durch Wort und Beispiel in abstinenter Umgebung nöthig, die viele Monate erfordern kann.

7. Die diesem Zweck dienenden Heilanstalten müssen unter dem Zeichen der Totalenthaltsamkeit und zwar bis ins Kleinste hinein stehen.

8. Die Alkoholentziehung soll sofort eine völlige sein. Das Vorkommen von Abstinenzdelirien ist mindestens zweifelhaft.

9. Dem früheren Trinker soll Anschluss an eine Enthaltsamkeitsvereinigung verschafft werden.

10. Mit Rücksicht auf die Thatsache, dass die Trinksitten den abstinenten Intoleranten am meisten gefährden, ist es ärztliche Pflicht, die Vereinigungen zu unterstützen, die sich die Bekämpfung der Trinksitten zur Aufgabe gemacht haben. —

3. *Horstmann*-Treptow: Zur Geistesstörung bei Polyneuritis.

H. berichtet über zwei Fälle von *Korsakow*-Psychose, beobachtet in der Anstalt Lauenburg.

Fall I: 20jähriges belastetes Mädchen, bediente in der Kneipe der Eltern, tanzte dabei die Nächte, trank viel Obstwein. Vorstadium im Sommer 1899: Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Mattigkeit. August 1899 bis September 1899 Anstaltsbehandlung. Typische Gedächtnisstörung mit Pseudoreminiscenzen. Vorübergehende Lähmung der unteren Extremitäten. Später allgemeine geistige Schwäche.

Fall II: 42jähriger, belasteter Arzt, potator strenuus, hatte bereits 2mal Delir. tremens, auch Lues, erkrankt nach einem starken Excess (5—6 Flaschen Rothwein in einer Sitzung). Delirantes Vorstadium, dann während 4jähriger Beobachtung in der Anstalt typisches Verhalten in Bezug auf Gedächtnissstörungen, Pseudoreminiscenzen. *N.* peronei beiderseits druckempfindlich, Pa-Reflexe fehlen, Gehen und Stehen unmöglich. Im Sommer 1897 trat für 1½ Tage ein eigenartiger Erregungszustand auf, an paralytisches Grössendelirium erinnernd. Pat. sprach viel, prahlte mit grossen Muskelkräften, fabelhaften Seereisen, erworbenen Millionen u. s. w. Gleich darauf war die Erinnerung an diese Renommistereien verloren gegangen. Später oft ödematöses Aussehen, gesunkene Herzthätigkeit, Urin eiweissfrei, aber von 1899 ab zuckerhaltig bis zu 3%. — Heredität scheint bei polyneurit. Psychose insofern eine Rolle zu spielen, als ein excessiver Abusus spirituosorum sich vorzugsweise bei belasteten Personen findet. Fälle von *Korsakow*-Psychose scheinen in Pommern selten vorzukommen, obgleich der Alkohol-Konsum hier ein grosser ist. Freilich kommen nicht alle Fälle zur Kenntniss der Irrenärzte.

Diskussion. *Knecht*-Uckermünde hat die in Rede stehende Psychose in seiner Anstalt öfters beobachtet, einmal bei Alkoholikern, ferner bei einer Puerpera.

Westphal-Greifswald sah während eines Jahres in Greifswald keine *Korsakow*-Psychose, wohl aber bei einigen alten Frauen ähnliche Symptome ohne vorhergehenden Alkoholmissbrauch. Das von *Horstmann* angeführte Vorkommen von interkurrenten deliranten Phasen sei beachtenswerth.

4. *Siemens*-Lauenburg: Ueber Form und Inhalt der zu druckenden Anstalts-Jahresberichte.

(Der Vortrag ist in der Psych. Wochenschrift 1901 No. 20 veröffentlicht.)

Knecht stimmt mit *Siemens* darin überein, dass alljährliche Berichte aus mittelgrossen Anstalten sich nicht lohnen. Ihrem statistischen Material fehlt die allgemeine Verwendbarkeit, da es zu kleine Zahlen umfasst. Wo die Herausgabe jährlicher Berichte von der Verwaltungsbehörde gefordert wird, soll sie gleichmässig sämmtliche Anstalten des Verwaltungsbezirks begreifen. Individualberichte der einzelnen Anstalten umfassen mit Vortheil eine längere Reihe von Jahren, können dann kritisch die Anschauungen über Wesen und Behandlung der Kranken in längeren Zeiträumen besprechen. Statistische Mittheilungen gewinnen bei der Besprechung längerer Zeiträume einen grösseren Werth. Die Stellung der zu behandelnden Fragen durch den Verein deutscher Irrenärzte würde dankbar zu begrüssen sein.

Mercklin stimmt ebenfalls dem Vortragenden bei. Auch für die Treptower Anstalt sollen erst nach Ablauf mehrerer Betriebsjahre Berichte erscheinen.

4. *Mercklin*-Treptow. Bemerkungen zur zellenlosen Behandlung.

Der Anstaltsbau zu Treptow ist genau nach einem bereits 1896 festgelegten Programm ausgeführt worden. Entsprechend den damals an den meisten Provinzialanstalten noch herrschenden Anschauungen wurde eine im Ganzen reichliche Anlage von Isolierräumen für nothwendig gehalten, besonders auch mit Rücksicht darauf, dass das Aufnahmegebiet der Anstalt, welches auch die Stadt Stettin umfasst, starken Zustrom gewaltthätiger, verbrecherischer Kranker erwarten liess. Bei Einrechnung aller festen Einzelräume (darunter auch solche mit 2 Fenstern) ist auf je 11,5 Kranke ein Isolirraum vorhanden. Es ist hierbei eine zu grosse Zahl von Isolirräumen vorgesehen worden. In ihrer Ausstattung sollen sie daher zum grössten Theile in gewöhnliche Einzelräume verwandelt werden.

Bei der Eröffnung der Anstalt (Febr. 1900) wurden Isolirungen nur selten und vorübergehend angewendet. Seit Beginn 1901 waren die Abtheilungsärzte verpflichtet, jede Isolirung in ein vorgedrucktes Formular einzutragen. (Begründung, Dauer.) In den ärztlichen Konferenzen wurde dann jede derartige Verordnung sofort auf ihre Nothwendigkeit hin nachgeprüft. Seit Anfang Mai 1901 ist grundsätzlich von jeder Zellenisolirung am Tage Abstand genommen worden. Nachts wird noch in vereinzelten Fällen auf der Frauenseite von der Isolirung Gebrauch gemacht, jedoch sind dies „akustische Isolirungen". Kranke, welche zum Zerstören, Reissen, Schmieren neigen, sind auch nachts grundsätzlich von der Isolirung ausgeschlossen, verbleinen im Wachsaal (vgl. unten). Das Zahlenverhältniss des Pflegepersonals zu den Kranken ist etatsmässig 1 : 7, besonderes Nachtpersonal ist noch nicht vorhanden.

Mit Hinweis auf die ausführlichen Erörterungen von *Rieger*, *Wattenberg*, *Hoppe*, *Neisser*, *Heilbronner*, *Kalmus*, *Bresler* u. a. will *M.* nur durch Darlegung seines Standpunktes eine Diskussion einleiten.

Die erste sich hier ergebende Frage, ob eine vollständig zellenlose Behandlung anzustreben ist, muss durchaus bejaht werden. Aesthetische, humane und medizinische Gründe drängen dazu hin. Seit Jahren sind wir gewohnt, in der Isolirung des Kranken in der verschlossenen Zelle kein Heilmittel, sondern einen Nothbehelf, eine mehr administrative Massregel zu sehen, deren Anwendung uns stets peinliche, unästhetische Empfindungen erweckt hat. Von dem Personal werden die Isolirungen schliesslich doch als Bestrafungen angesehen und arbeiten einer humanen Ausübung des Pflegerberufs entgegen. Endlich ergiebt eine eingehende Prüfung der Erfahrung, das Alles, was durch die Isolirung in medizinischer Richtung erreicht wird, sich auch durch andere Mittel bewirken lässt (Bettbehandlung, Bäder, Arzneimittel, Separirung).

Die zweite Frage ist, ob sich die zellenlose Behandlung

in allen Fällen durchführen lässt. Hier muss zunächst hervorgehoben werden, dass es keine psychische Krankheitsform, kein Symptome giebt, welches an sich die Zellenisolirung fordert. Die gefürchteten Epileptiker werden durch die Bettbehandlung sehr günstig beeinflusst, wie schon von vielen Seiten betont ist (*Neisser* u. A.).

Schwierigkeiten — aber nicht unüberwindliche — ergeben sich öfters bei circulären Fällen, besonders solchen, die früher auf der Höhe des manischen Zustandes isolirt waren. — In unseren Kranken haben wir stets den Ausdruck der Krankheit und der individuellen Anlagen vor uns: es giebt Individuen, die derartig gewaltthätige, verbrecherische Neigungen zeigen, dass wir sie zeitweilig einschliessen müssen. Vortr. hat zur Zeit keinen derartigen Fall in Behandlung, erinnert sich aber eines Mannes aus der Lauenburger Anstalt, dessen homicidale Absichten — auf der Höhe der manischen Phase zirkulärer Geistesstörung — so ernste waren, dass er auch jetzt seine Einschliessung befürworten würde. — Die zellenlose Behandlung ist also, von gewissen verbrecherischen Kranken abgesehen, durchführbar, setzt aber einige Vorbedingungen voraus. Sehr hinderlich ist Ueberfüllung der Anstalt, weil diese die Separirung erschwert, bezw. unmöglich macht. Nothwendig erscheinen gut eingerichtete Wachsäle, reichliche und ansprechende Bäderanlagen, Einzelzimmer in genügender Menge und vor Allem ein genügend zahlreiches und gut erzogenes Pflegepersonal. Deshalb ist auch die radikale Durchführung der zellenlosen Behandlung eine Personal- und eine Geldfrage. In der Treptower Anstalt sind aus akustischen Gründen noch vereinzelte nächtliche Isolirungen vorgenommen worden mit Rücksicht darauf, dass das auch durch Werkstatt- und Feldarbeit in Anspruch genommene Pflegepersonal nachts nur für den in den wichtigsten Wachsälen nothwendigen allnächtlichen Pflegedienst herangezogen werden kann. Alle diese nächtlichen Isolirungen bezogen sich auf chronische Kranke. Eine Inhumanität kann Vortr. nicht darin erblicken, wenn diese einmal gut gebettet eingeschlossen schlafen. Zerstörende und unsaubere Kranke sind von dieser Isolirung ausgeschlossen. Hier würde Alles, was am Tage durch Aufsicht und Pflege gewonnen ist, durch nächtliches Einschliessen wieder verloren gehen.

Es ergiebt sich endlich noch die Frage, ob bereits völlig zellenlose Anstaltsbauten gewagt werden dürfen. *M.* glaubt diese Frage verneinen zu müssen, mit Rücksicht auf einzelne zur Aufnahme kommende verbrecherische Kranke, für welche zeitweilig derartige Räume nicht zu entbehren sind. Die Anzahl der festen Isolirzimmer kann jedoch bedeutend herabgesetzt werden. Bei den neuesten Anstaltsbauten (Lüneburg, Kgl. Charité Berlin) scheint dieser Standpunkt getheilt worden zu sein.

Wattenberg: Es sei dankenswerth, dass die Frage der zellenlosen Behandlung, welche in der Fachpresse von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet worden sei[1]), in einer Versammlung zur Diskussion gestellt werde. Für die grosse Mehrzahl der fortgeschrittenen Anhänger der freien Behandlung — von der die sog. Bettbehandlung nur ein Glied bildet — bleibt immer noch eine kleine Anzahl von unruhigen Kranken übrig, derentwegen man die Tobzelle noch nicht ganz entbehren zu können glaubt. Die historische Entwicklung der Psychiatrie, die Thatsache, dass mehrere Anstalten seit Jahren völlig mit der Tobzelle gebrochen haben, ist für sie nicht beweisend genug, für die Richtigkeit der Idee. Doch scheint man jetzt mehr und mehr davon abzukommen, ihre Benutzung als therapeutischen Faktor aufzufassen, sie vielmehr lediglich als polizeiliche Massnahme hinzustellen (*Neisser* l. c.). Sie würde damit nichts anderes bedeuten, als eine Bankerotterklärung unseres ärztlichen Könnens.

Es kann keinen Krankheitsprozess geben, vor dem das Wissen und Streben des Arztes ohne weiteres Halt machen, der ihn zu der Erklärung zwingen müsste, diesem Feind der menschlichen Gesellschaft jetzt und für alle Zukunft nicht anders beikommen zu können, als durch das bequeme Mittel gewaltsamer Abschliessung. Wie für andere Krankheiten ist auch die lückenlose Beobachtung unserer Kranken unerlässliches Erforderniss für Diagnose und Therapie.

Man sollte auch bei uns wenigstens sagen: Wir halten die Erreichung dieses Ziels wohl für möglich, aber die Vorbedingungen dazu sind zur Zeit noch nicht überall gegeben, statt resignirt zu erklären: hier ist eine unüberwindliche Schranke gesetzt. Die Beseitigung der Tobzelle ist die conditio sine qua non aller weiteren therapeutischen Fortschritte und sie ist nach *W.*'s Erfahrungen in allen Fällen erfolgreich durchführbar. Die bisherige Geschichte der Psychiatrie fordert die Abschaffung der Tobzelle und sie wird fallen.

Die Schwierigkeiten, welche der Verwirklichung der Idee entgegenstehen, sind einmal lokale und zweitens individuell ärztliche.

Es ist nicht einerlei, ob ein Arzt auf 100 Kranke kommt, oder auf 300 und 400, ob ein Pfleger auf 6 Kranke oder auf 10 und 12. Es ist nicht einerlei, ob eine Anstalt eine private oder eine staatliche, ob eine reine Pflegeanstalt oder eine Heil- und Pflegeanstalt oder eine Universitäts-

[1]) *Jolly*, Arch. f. Psych. Bd. 34 p. 694. — *Neisser*, Bettbehandlung der akust. Psychosen. Referat f. d. Internat. med. Kongr. Paris 1900. — *Wizel*, Le traitement des aliénés 1901. — *Kräpelin*, Lehrbuch. — *Hoppe*, Allg. Zeitschr. Bd. 54. p. 910. — *Kalmus*: Praxis der zellenlos. Behandl. 1901. — *Bresler*, Psych. Wochenschr. 1900 No. 10. — *Arndt*, Zentralbl. f. Nervenkr. 1901. Mai.

klinik ist, ob sie nur 1 Klasse von Kranken aufnimmt oder 4 und 5, ob sie 20 Aufnahmen im Jahre hat oder 500 und mehr etc. Das sind aber alles rein äusserliche Fragen, die ihre Lösung mit der Zeit finden werden, sobald nur erst die Erkenntniss sich durchgerungen hat, dass die Idee als solche richtig ist.

Weit schwieriger und weit bedeutsamer ist der zweite Punkt, auf den bisher vielleicht noch nicht das Gewicht gelegt ist, auf das er Anspruch erheben muss: es ist die Individualität des Arztes.

Wer die Thätigkeit des Irrenarztes lediglich als einen Broterwerb auffasst, wer sich entschliesst, Irrenarzt zu werden in dem Gedanken, damit die Anwartschaft auf eine Sinecure zu bekommen, wen nicht die innere Ueberzeugung zu diesem hohen Beruf treibt, der verzichte darauf, Psychiater zu werden. Wenn überhaupt irgendwo, so ist hier ein ganzer Mensch von nöthen, der Kopf und Herz auf dem richtigen Fleck hat.

Strenge Selbstzucht der Aerzte kann allein die Zucht der Untergebenen schaffen. Gründliche Sachkenntniss, Wahrheit, nicht Schein, Thaten, nicht Worte, ein entschlossener Wille, eine starke Hand und ein warmes Herz, das sind die Dinge, ohne die dem Irrenarzt die Hände gelähmt sind.

Es beweist, dass ein Theil unserer Therapie sich nicht in starre Gesetzesformeln kleiden lässt, sondern dass auch hier oftmals Gefühl Alles ist.

Wenn *Mercklin* für die Nacht laute chronische Kranke hinreichend gut gebettet einmal eingeschlossen schlafen lasse, so sei das kein Isoliren, sondern Separiren.

Siemens: Gegen *Mercklins* Ausführungen sind keine Einwendungen zu erheben. In Bezug auf *Wattenbergs* Worte muss vor den Superlativen und vor Heranziehung der moralisirenden Betrachtungsweise gewarnt werden. Wir sind alle bestrebt, ohne Zelle auszukommen, soweit es aus zwingenden Gründen und Rücksichten auf Personal und Kranke und aus pekuniären Gründen möglich ist. Wie *Mercklin* richtig gesagt hat, ist es vorwiegend eine Geldfrage, eine Geldfrage von grosser Tragweite. Wir dürfen unsern Provinzen, welche unter der Steuerlast seufzen, diese hohen Mehrkosten kaum sofort aufladen.

Einen Kranken, der durch aggressive oder homicidale Tendenzen oder durch aussergewöhnlichen Lärm die Gesundheit und Ruhe der Mitkranken und des Personals schwer schädigt, von den andern auch gegen seinen Willen abzusondern, ist kein Unrecht. In diesem Verfahren eine Bankerotterklärung des ärztlichen Könnens zu sehen, ist eine ungerechtfertigte Annahme. Der Unterschied zwischen Isoliren und Separiren liegt zum Theil nur in den Worten. — *Wattenberg* gestattet für geisteskranke Verbrecher ausdrücklich die Isolirung. Aber ob jemand „verbrecherisch“ wird, ist doch oft lediglich Zufall: wenn er die That vor der Einlieferung in die Anstalt beging und vor der Erkennung seines krankhaften Zustandes,

so heisst er Verbrecher, während er nur ein Irrer ist, sobald die verbrecherischen Tendenzen sich erst in der Anstalt zeigen.

S. bestreitet, das 90% der Unglücksfälle sich in der Isolirzelle ereignen, das ist in jetziger Zeit sicher nicht der Fall. Im Gegentheil ereignen sich die meisten Unglücksfälle in Folge der freien Behandlung bei der Arbeit, bei Spaziergängen. Durch die freie Behandlung haben wir Irrenärzte, die wir unsere Aemter nicht als Sinekuren betrachten, eine ungeheure Verantwortung übernommen und sind uns dieser wohl bewusst. Wir werden mit der Zeit dazu kommen, die Isolirung zu entbehren, denn Jeder ist schon lange bestrebt, die Zwangsisolirung zu vermeiden.

Wattenberg: Dass Alle bestrebt sind, ohne Zelle auszukommen, entspricht nicht den thatsächlichen Verhältnissen, wie eine Rundreise in Deutschland und ein Blick in die Anstaltsberichte der letzten zehn Jahre lehrt.

Erhebliche Mehrkosten für die Provinzen werden nicht entstehen, dies sei bereits 1895 behauptet und seither bestätigt. Die vorhandenen alten Anstalten können der veränderten Behandlungsmethode angepasst werden durch Bau zweckmässiger Wachsäle, Bäder, Einzelzimmer, durch Vermehrung der Aerzte und des Wartepersonals. Es sei Pflicht des Arztes, die Beseitigung von Lücken in dieser Richtung durchzusetzen. Wenn neue Anstalten gebaut werden, müssen die Tobzellen von vornherein in Wegfall kommen. Das zwischen Separiren (bezw. Alleinlegen) und Isoliren (bezw. in der Tobzelle Unterbringen) grundlegende Unterschiede bestehen, die sich nie verwischen dürfen, ist schon wiederholt hervorgehoben worden.

Für geisteskranke Verbrecher (nicht für verbrecherische Geisteskranke) muss in anderer Weise gesorgt werden, sei es nun durch Adnexe an den Strafanstalten, sei es durch besondere Anstalten.

Die Statistik aus den Anstaltsberichten der letzten 10 Jahre lehrt, dass von allen schweren Unglücksfällen (Erstickung, Erhängung, Erdrosselung, Selbstverstümmlung etc.) sich über 90% in der Zelle ereignen.[1])

Mercklin stellt im Schlusswort fest, dass in der Sache selbst, d. h. in dem Bestreben, die Zellenisolirungen zu beseitigen, Uebereinstimmung herrscht.

Der Geschäftsführer: *Mercklin.*
Der Schriftführer: *Tomaschny.*

---

[1]) Ausführliches Autoreferat von *Wattenberg* und nachträgliche Polemik *Siemens-Wattenberg* in der Psychiatr. Wochenschrift 1901 No. 25, 27, 30.

106. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 21. Juni 1902.

Anwesend die Herren: *Arndt*-Dalldorf, *Abraham*-Dalldorf a. G., *Abderhalden*-Basel, a. G., *Baer*-Lichtenberg, a. G., *Boedeker*-Schlachtensee, *Bolte*-Bremen, a. G., *Bratz*-Wuhlgarten, *Diem*-Zürich, a. G., *Karl Edel* sen.-, *Paul Edel*-Charlottenburg, a. G., *Fraenkel*-Lankwitz, *Gock*-Landsberg a. W., *Guttstadt*-Berlin, *Hermanides*-Holland, a. G., *Jacobsohn*-Berlin, *Jastrowitz*-Berlin, *Juliusburger*-Schlachtensee, *Junius*-Dalldorf, *Kaplan*-Lichtenberg, *Klausenberg*-Warschau, a. G., *Kortum*-Lichtenberg, *Laehr* sen.-Zehlendorf, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Loewenthal*-Lankwitz, *Marthen*-Neu-Ruppin, *Moeli*-Lichtenberg, *Möller*-Berlin, *Munter*-Berlin, *Nawratzki*-Dalldorf, *Oestreicher*-Nieder-Schönhausen, *Otto*-Lichtenberg, *Pahl*-Lankwitz, a. G., *Richter*-Dalldorf, *Rudin*-Berlin, a. G., *Schaefer*-Charlottenburg, *Schmidt*-Lichtenberg, a. G., *Seelig*-Lichtenberg, a. G., *Sklarek*-Dalldorf, *Ulrich*-Eberswalde, *van Vleuten*-Dalldorf, a. G., *Weiler*-Westend, *Wulffert*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Am Vorstandstisch: *Gock*, *Laehr* sen., *Moeli*.

Vorsitzender: *Moeli*.

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung und theilt mit, dass Herr *Sander* in Folge Erkrankung in der Familie leider verhindert ist, zu erscheinen und die von ihm vorbereitete Sitzung zu leiten.

Die von Herrn *Guttstadt* zur Verfügung gestellten Jahresberichte des Bezirksvereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke (Berlin und Umgegend) werden vertheilt und bemerkt hierzu Herr *Lahr sen.*:

Ich möchte der Vertheilung des Berichtes über die Trinkerheilanstalt Waldfrieden bei Fürstenwalde noch einige klärende Worte folgen lassen.

Unser Verein hat in der vorigen Sitzung die Nothwendigkeit der Gründung von Trinkerheilanstalten kräftig betont. Möchte er diese Worte auch bethätigen, indem er nach These 5 die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage selbst in die Hand nimmt. Es ist zu bedauern, dass trotz der einstimmig angenommenen These 5 die neuerbaute Trinkerheilstätte „Waldfrieden“ sich wegen Mangels an Mitteln noch nicht einer ärztlichen Direktion erfreuen darf.

Sie sehen aus dem vorliegenden Berichte, dass diese Anstalt bisher 43 % Genesungen aufzuweisen und die bekanntlich schwierigen ersten Jahre seiner Organisation glücklich überstanden hat. Sie ist für 50 kranke Männer eingerichtet und bedarf ca. 40, um selbständig zu bestehen. Leider hat sie bis jetzt es nur zu einem Bestande von ca. 30 Kranken gebracht. Sie arbeitet daher noch mit Deficits und ist noch in einer nicht erfreulichen finanziellen Noth.

Im Eifer des Schaffens hat sich der von dem Bezirksverein gegen den Missbrauch geistiger Getränke gewählte Ausschuss darin getäuscht, dass von der Stadt Berlin ihr mehr Kranke anvertraut werden. Die Statistik von 1899 weist nach, dass in den allgemeinen Krankenhäusern zu Berlin

ca. 5200 Alkoholisten sind, ohne die Irrenanstalten dabei hinzuzufügen, in denen man bekanntlich $^1/_3$ der Kranken als durch Alkohol krank Gewordene zählt. Dazu kommen noch die Deliranten in der Charité, von denen einzelne 6mal jährlich aufgenommen werden mussten, da sie, bald entlassen, wieder dem Saufen verfielen.

Der Verein glaubte hoffen zu dürfen, dass, wenn in den allgemeinen Krankenanstalten der akute Zustand vorüber sei, die Armendirektion aus moralischem und finanziellem Interesse der Stadt aus der grossen Zahl von hilfsbedürftigen Kranken ca. 10—20 Kranke auswählen würde, um sie auch von der Trunksucht befreien zu lassen. Sie hat aber in diesen Jahren nur 4 Kranke der Heilanstalt „Waldfrieden“ überwiesen. In dem Wohlwollen des Magistrates und der Stadtverordneten liegt dieser Mangel nicht, denn beide haben in den letzten Jahren 1000 Mk. beigesteuert, wie ja auch der Kaiser eine gleiche Summe gewährt hat. In dieser finanziellen Schwierigkeit ist um eine Hauskollekte gebeten worden, der Oberpräsident hat sie auch bewilligt, aber sie hat in Berlin fast nichts eingebracht. Die Kollekteure sagten, man habe auf ihre Bitten geäussert, für Säufer gebe man nichts.

Das Wort Trunksucht wird ersichtlich noch vielfach missverstanden. Die Laien fassen sie als Laster auf, während die Aerzte die daraus hervorgegangene eigenartige Kopfkrankheit sie als Krankheit auch ärztlich behandelt wissen wollen.

Die Heilanstalt bei Fürstenwalde ist die erste in Deutschland, welche den neuen Anforderungen an Krankenanstalten durch einen Neubau Rechnung trägt und sie mit einem Terrain von 170 Morgen der Möglichkeit einer Erweiterung der gesundheitsgemässen Beschäftigung für die Kranken versehen hat. Schon früher hat die innere Mission sich das Verdienst erworben, Anstalten dieser Art in den verschiedenen Provinzen zu begründen, auch für die Provinz Brandenburg ist dies in Klein-Drenzig bei Guben geschehen, aber aus der Anlage und dem Betriebe ist zu ersehen, dass die Trunksucht dort mehr als Laster als als Krankheit bekämpft worden ist und bekämpft wird. Welche Theilnahme aber dieser Verein für Kl.-Drenzig erweckt hat, sieht man daraus, dass er über 700 Mitglieder zählt, während der Berliner Verein nur 227 zählt; von den 2000 Aerzten aus Berlin und Umgebung sich nur 90 zur Unterstützung aufgeschwungen haben. Aber gerade den Aerzten dürfte die Pflicht obliegen, eine solche Krankenanstalt zu unterstützen und zur Neubegründung an anderen Orten anzuregen, nicht nur weil sie über die Krankheitsform und ihre Behandlung am meisten orientirt sind, sondern noch aus einem anderen Grunde.

Es ist zu wünschen, dass die Stadt Berlin die in Ueberzahl vorhandenen geeigneten armen Kranken zur Heilung nach Fürstenwalde sendet, ja ebenso, dass sie durch Uebernahme derselben in eigene Verwaltung eine jetzt noch vorhandene Lücke in ihren Krankenhäusern ausfüllt. Sie hat

die Mittel und stets den Willen gezeigt, das Vollkommenste zu schaffen. Andere Provinzen und Staaten suchen hier ihre Vorbilder. Ihre Unterstützung hat die Stadtverwaltung, wie oben erwähnt, kundgethan, aber wie kann sie sich geneigt fühlen, die Uebernahme einer Anstalt zu beschliessen, obgleich das grosse Terrain derselben die Gründung mancherlei anderer dem jetzigen Zwecke nicht widersprechender Anstalten zuliesse, wenn so wenige Aerzte das Wort dafür ergreifen. Sie werden ein gutes Werk thun, wenn Sie möglichst viele ärztliche Mitglieder dem Verein zuführen, zumal ein grösseres Opfer nicht verlangt wird, als dass Sie mindestens $\frac{1}{2}$ Mk. jährlich als Beitrag zum Vereine zahlen.

Herr *Gock* berichtet über den Stand der Kasse, und wird ihm, nachdem die Herren *Fränkel* und *Zinn* die Rechnung geprüft und richtig befunden hatten, Entlastung ertheilt.

Bei der darauf folgenden Vorstandswahl werden die bisherigen Mitglieder wiedergewählt und nehmen die in der Sitzung anwesenden Herren *Gock*, *Moeli* und *Laehr sen.* die Wahl dankend an.

Herr *Liepmann* (Dalldorf): Ueber Seelenblindheit und sensorische Asymbolie. Mit Demonstration.

Seelenblindheit ist eine Störung, bei der das Sehen erhalten, aber das Erkennen aufgehoben ist. Helligkeit, Formen und in günstigen Fällen auch Farben werden empfunden, aber das Bild bleibt unverstanden, als ob es zum ersten Male wahrgenommen würde; d. h. — wenn man die sehr komplizirten Verhältnisse mit einem kurzen Ausdruck bezeichnen will — der Empfindungskomplex wird nicht mit dem Erinnerungsbilde identifizirt. Das Erinnerungsbild braucht nicht verloren zu sein, es ist in der Mehrzahl der Fälle nur nicht von der Peripherie her erweckbar, aber auf associativem Wege auszulösen.

Die entsprechende Störung auf dem Gebiete des Hörens ist die Seelentaubheit. Sprachtaubheit ist eine Seelentaubheit nur für Sprachlaute. Die Muttersprache klingt dem Sprachtauben im besten Falle wie eine unbekannte Sprache.

Auf anderen Sinnesgebieten entspricht dem die Tastlähmung, die Seelengeruchlosigkeit u. s. w. Summiren sich diese Störungen, sind namentlich die drei verhängnissvollsten, Seelenblindheit, -taubheit und -tastlosigkeit, vorhanden, so versteht das betroffene Individuum von allen bedeutsamen Aussenwelteindrücken nichts oder fast nichts. Diesen Zustand nennt man Asymbolie.

Bei diesen komplexen Störungen wird man auch von einem „Verlust der Begriffe" sprechen können. Der Ausdruck Asymbolie ist unglücklich, weil er mehr für die Störungen im Verstehn und Erzeugen der Symbole, d. h. Sprachzeichen, Noten u. s. w., also für die aphasischen Störungen passt. Besser ist *Freunds* Ausdruck: Agnosie. Man hat früher auch von Apraxie gesprochen, weil als Folge des aufgehobenen Er-

kennens der Gegenstande ein verkehrter Gebrauch derselben resultirt. Nachdem sich aber gezeigt hat, dass es eine selbständige Störung im Gebrauch der Gegenstände trotz erhaltenen Erkennens derselben giebt (s. *Liepmann*, Das Krankheitsbild der Apraxie 1900) wird für diese Störung der Name „Apraxie" zu reserviren sein.

Fall 1. Ein 50jähriger Gesanglehrer, Insult im September 1901, macht danach Alles verkehrt, urinirt in den Stiefel, wäscht sich in der Suppe. Jetzt: Erkennt grösste Gegenstände nicht, sein eigenes Spiegelbild nicht, auch Personen nur an der Stimme. Erkennt seine eigene Frau nicht. Farbsinn schwer gestört. Kleiner Defekt im rechten oberen Quadranten des Gesichtsfeldes. Die Sehschärfe fast 2/3. Dies lässt sich unter Benutzung des Umstandes erweisen, dass Pat., der für Buchstaben vollkommen leseblind (auch agraphisch) ist, Zahlen meist erkennt, auch sehr kleine. Ferner imitirt er alle vorgebrachten Bewegungen und zeichnet sehr unbeholfen, aber im gröbsten richtig nach.

Ausnahmsweise erkannte Gegenstände werden oft unrichtig benannt: optische Aphasie. Dass er die meisten Gegenstände wirklich nicht erkennt, beweist der verkehrte Gebrauch und seine Versicherung. Auch das Erkennen durch Tasten zeigt Störungen. Dagegen ist der Weg durch das Ohr frei: Pat. versteht Alles, bezeichnet dieselbe Klingel, die er vom Auge aus nicht identifiziren kann, sofort, nachdem er sie läuten gehört hat, erkennt und bemerkt Thierlaute etc. Ihm aufgegebene Bewegungen (Drehorgelspielen, Drohen, Aetschen etc.) führt er aus der Erinnerung ziemlich gut aus. Anatomisch: doppelseitige Hinterhauptsherde.

Fall 2. Bei diesem Pat. addirt sich zu dem Bilde des Vorigen noch Sprachtaubheit und starke Schwerhörigkeit hinzu. Somit sind ihm sämmtliche Eindrücke der höheren Sinne unverständlich. Da auch anzunehmen ist, dass die Erinnerungsbilder verloren sind, fehlen ihm fast alle Anreize zum Handeln. In Folge dessen ist er höchst apathisch, sehr schwer zu Reaktionen zu bringen. Er gleicht einem Tiefverblödeten. Dass der Zustand durch Summation von Herderscheinungen bedingt ist, beweist die Entwicklung: er ist durch ersten Insult nur sprachtaub geworden, dann seelenblind und tastblind. Er ist rechts hemianopisch, links seelenblind.

Er sprach nach der ersten Attaque paraphasisch und schrieb agraphisch, jetzt spricht und schreibt er überhaupt nicht mehr. Gelegentlich gebraucht er eine Zigarre zum Kämmen und Aehnliches. In diesem Falle müssen beide Schläfenhinterhauptslappen schwer betroffen sein.

Diskussion. Herr *Jastrowitz*: An den Herrn Vortragenden, der sich so eingehend und mit solchem Erfolg mit den schwierigen hier in Betracht kommenden Fragen beschäftigt hat, möchte ich die Frage richten, wie es möglich ist, zu unterscheiden, ob ein Patient einen bestimmten Gegen-

stand, auch wenn er Sehschärfe hat, nicht sieht oder in seiner geistigen Bedeutung nicht erkennt. Der erste Patient hat z. B. offenbar die Zahlen gesehen, aber ich zweifle, ob er in seiner Bedeutung sie erkannt hat. So könnte es mit anderen Objekten gehen. Wie sollte man denn das psychische blosse Sehen von dem höheren Prozess oder komplizirteren Prozess des Erkennens dann unterscheiden?

Es ist uns auch Allen bekannt, dass bei blosser motorischer Aphasie in den häufigsten Fällen die Unfähigkeit, zu sprechen, nur partiell ist. Wenn dies nun bei solchen Kranken, wie der erst demonstrirte, der Fall ist, so könnte man wohl nicht aus dem Umstand, dass er Zahlen sieht, ich meine als solche, den Schluss machen, er sehe in gleichem Grad andere Gegenstände und erkenne sie nur nicht, habe also Agnosie. Wie ist der Herr Vortragende doch bei seinen Kranken zum Resultat gekommen? Ich möchte um Mittheilung seiner Methode bitten.

Herr *Liepmann*: Das Lesen kleiner Ziffern diente nur dazu, um die Sehschärfe des Pat. zu erweisen. Dass er die Ziffern auch erkennt, bekundet er durch Zeigen der entsprechenden Zahl von Fingern. Nachweis erhaltenen Sehens bringen die Kranken ferner dadurch, dass sie beschreiben, was sie sehen oder auch nachzeichnen. Wo auch Ziffern nicht erkannt werden, lässt man den Pat. die Zahl von Punkten auf irgend eine Weise bekunden.

Dr. *James Fraenkel*: Zur Casuistik der Sulfonalwirkung.

Seitdem das von *Baumann* zuerst dargestellte und von *Kast* im Jahre 1888 empfohlene Sulfonal unserem Arzneischatz einverleibt und besonders für die psychiatrische Therapie verwerthet wurde, sind die mannigfachsten Urtheile über seine Verwendbarkeit und Wirkung laut geworden. Es ist ganz interessant, aus einem Rückblick auf die inzwischen stark angewachsene Literatur festzustellen, nach welchen Richtungen hin die Meinungen oft desselben Forschers sich geändert haben, und wie grossen Täuschungen auch der Gewissenhafteste bei der Prüfung von Arzneimitteln unterworfen sein kann. Die beiden oben genannten Autoren vermochten zunächst an Hunden nachzuweisen, dass Sulfonal auf die graue Rinde des Grosshirns wirkt, indem es ein dem Rausche ähnliches Verhalten, nämlich Ataxie, Schläfrigkeit und Schlaf, erzeugt. Dieses Ergebniss vermochte ich durch eigene, vor vielen Jahren gleichfalls an Hunden angestellte Versuche in vollem Umfange zu bestätigen. In Bezug auf den Menschen kamen *Kast* und *Baumann* zu dem Resultat, dass Sulfonal bei Gesunden Müdigkeit hervorruft und den normalen Schlaf beträchtlich vertieft oder verlängert, während es in krankhaften Zuständen, wie in Psychosen, bei akutem Fieber, bei Herzleidenden sich als ein angenehm und sicher wirkendes Hypnotikum erwies, das weder Herz und Gefässsystem, noch auch Magen und Darm ungünstig beeinflusst. Aehnliche Beobachtungen machten *Rosin* und *Schwalbe*. Prompte Wirkungen des Sulfonal bei Geisteskranken konstatirten

ferner *Oestreicher*, *Cramer* und *Otto*. Auch *Jastrowitz* konnte in seiner Monographie über Schlaflosigkeit das Sulfonal als gefahrlos und ohne wesentliche Nachtheile bezeichnen. Meine Erfahrungen aus dem Jahre 1890 stimmen im Allgemeinen mit denen der erwähnten Autoren überein; nur traten in meinen Fällen Mattigkeit, Abgeschlagenheit der Glieder, starke Benommenheit und Schwindelgefühl in unangenehmer Weise in die Erscheinung. Dasselbe berichtet *Bornemann*, der allerdings Sulfonal in Verbindung mit Morphium verabreichte.

Schon nach kurzer Zeit wurden Mittheilungen über mehr oder weniger intensive Nachwirkungen toxischer Natur, selbst nach vorübergehendem Gebrauch kleinerer Mengen von Sulfonal, veröffentlicht. Zahlreiche Beobachter erwähnen erhebliche Trübung des Sensoriums und Schwindelgefühl, Çoordinationsstörungen der Bewegungen, Sprachlähmungen und besonders Verdauungsstörungen, welche sich in hartnäckigster Obstipation mit nachfolgenden profusen Diarrhoeen äusserten. Derartige Erfahrungen machten namentlich *Marandon de Montyel*, *Knoblauch* und *Gordon*. — Der von *Neisser* zitirte Fall, in welchem suicidii causa 90 gr Sulfonal auf einmal ohne bleibende Schädigung genommen waren, bildet eine bemerkenswerthe Ausnahme. Doch auch ein von mir behandelter Kranker, welcher, um sich zu vergiften, 13 g Sulfonal und 6 Centigramm Morphium verschluckt hatte, erholte sich völlig.

Im Jahre 1891 untersuchte *Salkowski* — auf Veranlassung *Jastrowitz*' — den Urin dreier Kranker, welche eine Zeitlang Sulfonal in mässigen Dosen gebraucht hatten, und vermochten darin einen deletär wirkenden Blutfarbstoff, das Haematoporphyrin, nachzuweisen. Von nun mehrten sich die Berichte über gleiche Beobachtungen. So referirt *Kast* in einer neuen Arbeit über Störungen des uropoëtischen Systems nach Sulfonalgebrauch, wie Ischurie, Oligurie und Haematoporphyrinurie. Auch *Stern* sah nach anhaltender Verabreichung nur mässiger Sulfonaldosen schwere Vergiftungssymptome gleichzeitig mit dem Auftreten von Haematoporphyrin. Ebenso macht *Müller* auf die durch Haematoporphyrinurie entstehenden Gefahren aufmerksam, und *Herting* führt drei Fälle mit dem Befund einer chronischen Nephritis an.

Ueber die Ursachen der bedenklichen Folgeerscheinungen nach der Anwendung des Sulfonal gehen die Ansichten der Autoren weit auseinander. *Morro* glaubte sie darin zu finden, dass das Medikament im Körper zum Theil unzerlegt bleibt und darum eine verzögerte und unbegrenzte Wirkung ausübt. Nach den *Stokvis*'schen Thierversuchen ruft das Sulfonal in der Magen- und Darmschleimhaut ausgedehnte Blutungen hervor; die Resorption nun und Ausscheidung des im Digestionstraktus ergossenen und vorhandenen und in demselben zu Haematoporphyrin veränderten Blutes bildet, wie *Stockvis* annimmt, das pathogenetische Moment der Haematoporphyrinurie. *Kast* und *Weiss* betonen dagegen, dass unter gewissen pathologischen Bedingungen, besonders bei anämischen Frauen, und namentlich bei

hartnäckiger Obstipation, eine lockere Bindung des Blutfarbstoffs besteht. Erhalten solche Individuen Sulfonal, so komme es zur Ausscheidung eines Haematoporphyrin enthaltenden Urins, und wenn Sulfonal weiter verabreicht wird, zu bedrohlichen Symptomen. Dabei spielen Zersetzungen im Darme eine wesentliche Rolle.

Eine grosse Zahl von Forschern berichteten ferner über traurige Erfahrungen nach Verabreichung von Sulfonal; unter diesen erwähne ich hier nur *Hirsch*, *Marthen* und *Schulte*. Auch *Hoppe*, *Seyler* und *Ritter* citiren einen Fall, welcher nach Gebrauch von 50 g Sulfonal tödtlich verlief. Die Sektion ergab Stauungen sämmtlicher inneren Organe und namentlich Nekrose der Nierenepithelien. Ebenso fanden sich in den von *Wiese* und *Pollitz* veröffentlichten Fällen Glomerulonephritis. Die citirten Fälle betrafen fast ausschliesslich weibliche Personen. Ich möchte hier nur zwei von meinen vor Jahren ebenfalls an Frauen gemachten Beobachtungen anführen. Im ersten Falle handelte es sich um eine schlecht genährte melancholische Frau, welche drei Wochen hindurch wegen Schlaflosigkeit Sulfonal von 1—2 g allabendlich erhalten hatte. Es zeigte sich neben hochgradiger Ataxie der Arme und Beine und neben heftigen Leibschmerzen und Temperatursteigerung ein dunkelrother Urin, für dessen Farbstoff mir die Deutung fehlte. Erst nachdem ich von *Salkowski*'s Mittheilung Kenntniss erhalten hatte, wurde das Sulfonal ausgesetzt. Der Urin hellte sich auf, und die Kranke genas allmählich vollkommen. Erwähnenswerth erscheint noch, dass bei der Patientin Decubitus an den Nates eingetreten war. Der zweite Fall betraf eine 64jährige decrepide Frau, der insgesammt innerhalb 32 Tagen 28 g Sulfonal verabreicht worden war. Bei ihr machte sich zunächst eine erhebliche allgemeine Schwäche bemerkbar. Die Kranke hatte eine fahle Gesichtsfarbe, sie sprach nur sehr leise und mit grösster Anstrengung und klagte über lebhafte Schmerzhaftigkeit im ganzen Körper. Auch hier fanden sich Druckgeschwüre am Kreuzbein. Der dunkelrothe Urin, den ich gemeinschaftlich mit Herrn Professor *Zuntz* untersuchte, ergab, während sonstige abnorme Bestandtheile fehlten, deutlich Haematoporphyrin. Nach Aussetzen des Sulfonal besserte sich das Befinden sehr bald derart, dass die Patientin das Bett verlassen konnte. Trotzdem ging sie schon einige Tage später an einem Collaps zu Grunde. Die Sektion wurde nicht gestattet. — Die folgenden beiden Fälle, welche wir in jüngster Zeit beobachteten, will ich etwas ausführlicher skizziren; sie gaben den Anlass zum heutigen Referat. Zunächst handelte es sich um eine 45jährige skrophulöse Dame, welche wegen hallucinatorischen Irreseins bereits einmal in unserer Behandlung war. Nach ihrer erneuten Aufnahme bekam sie wegen grosser nächtlicher Unruhe ab und zu und hernach an 8 Tagen hintereinander Dosen von 1—2 g, insgesammt 16 g Sulfonal und einige Male kleine Mengen (0,01—0,015) Morphium per injectionem. Die Kranke wurde zusehends matter und fühlte sich auch selbst sehr elend. Während sie sonst gewöhnlich unzugänglich war, fing sie an, über Schmerzen im

Abdomen und in der Brust zu klagen. Dabei machte sie grosse Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme; sie erklärte, nicht schlucken zu können, und es kostete Mühe, ihr das Nothwendige in Flüssigkeiten beizubringen. Eine genaue körperliche Untersuchung ergab keinen Befund für die allgemeine grosse Schmerzhaftigkeit. Dagegen fiel der Urin durch seine dunkelrothe Farbe auf. Da er beim Stehen noch stark nachdunkelte und keinen gewöhnlichen Farbstoff, noch auch Zucker oder Eiweiss enthielt, wurde er Herrn Professor *Salkowski* zur genauen Untersuchung übergeben, welcher unsern Verdacht auf Haematoporphyrin bestätigte. Während die Haematoporphyrinurie auch nach Aussetzen von Sulfonal noch fortbestand, stellte sich ein tiefgehendes, über handtellergrosses Druckgeschwür am Kreuzbein ein. Die Patientin bot das Bild völliger Prostration dar; sie war nicht im Stande, Arme und Beine zu gebrauchen, noch auch sich aufzusetzen oder den Kopf zu heben. Es wurden ihr — nach *Müller*'s Vorgang — Natrium bicarbonicum bis zu 20 g pro die in grossen Flüssigkeitsmengen, nebenher Excitantien und Wein, sowie gegen die ungeheuren Schmerzen, welche namentlich ihren Schlaf sehr beeinträchtigen, subcutan Morphium gegeben. Allmählich hob sich das Allgemeinbefinden, während die Schmerzhaftigkeit nachliess. Der Urin wechselte noch ausserordentlich in Bezug auf die Farbe; an einzelnen Tagen schien er ganz aufgehellt, an anderen wieder dunkler, bis er schliesslich nach Verlauf weiterer vier Wochen normales Aussehen zeigte. Der Decubitus heilte, und die Kranke konnte nach kurzer Zeit die Anstalt wiederum verlassen. Erwähnenswerth ist, dass der psychische Zustand der Patientin sich gerade während der Allgemeinerkrankung wesentlich gebessert hatte.

Der zweite Fall betrifft eine 49jährige, nervös sehr belastete Dame, in deren Familie Psychosen mehrfach vorkamen. Sie selbst, seit 25 Jahren in kinderloser Ehe verheirathet, litt an hystero-melancholischer Geistesstörung mit periodischen Wiederholungen. Sie hatte sich das Trinken und den Gebrauch von Morphium angewöhnt und war in verschiedenen offenen und geschlossenen Anstalten untergebracht, ohne Heilung von dem einen oder andern Uebel zu finden. Sie pflegte eine Zeitlang 3—4 Flaschen Rothwein und mehrere Flaschen Bier, daneben noch Cognak zu nehmen. Trank sie nicht, oder bekam sie kein Morphium, so traten Angstzustände auf; die Kranke klagte dabei über Magenschmerzen, stöhnte und jammerte und gerieth in die grösste Aufregung. Mit den Entziehungen musste sehr langsam vorgegangen werden, weil objektiv bei der Patientin starke Herzschwäche und Cyanose wahrgenommen werden konnte. Der Puls war unregelmässig, die Menses waren reichlich und irregulär. Unter Verabreichung von Amylenhydrat wurde ihr Morphium abgewöhnt. Schwieriger war die Entziehung des Alkohols. Um die innere Unruhe zu mildern und zu beseitigen, mussten selbst ärztlicherseits nach dieser Richtung Concessionen gemacht werden. Ausser Amylenhydrat bekam die Patientin eine Zeitlang Paraldehyd. Die genannten Medikamente wurden zuweilen durch Sulfonal

rsetzt, das nach mehrtägigem Gebrauch immer wieder fortgelassen wurde. Bei successiver Verringerung der täglichen Dosen von Amylenhydrat und Paraldehyd wurde zwei Monate hindurch 0,6 g Sulfonal gegeben, das hin und wieder — ohne Vorwissen der Kranken — durch Magnesia abgelöst wurde. Wegen starker profuser Menstrualblutung musste die Patientin schon längere Zeit hindurch das Bett hüten. Dabei zeigte sich ein Zustand bald von Abgeschlagenheit und Apathie, bald wiederum von so lebhafter Erregung und Verworrenheit, dass die Kranke sogar um sich schlug. Unter Anderem machte sie damals auch einen Selbstmordversuch. Der Schlaf blieb dauernd ungenügend. Der Puls wechselte. Meist sah die Patientin ungewöhnlich cyanotisch aus. Da die erwähnten Blutungen auch nach Verlauf einiger Wochen noch nicht sistirten, wurde der stets blutig gefärbte Urin, der bei früheren wiederholten Prüfungen sich als zucker- und eiweissfrei erwiesen hatte, aufs Neue genauestens untersucht. Dabei fand sich neben Blut ein Farbstoff, der auf Haematoporphyrin verdächtig erschien. Trotzdem Sulfonal sofort ausgesetzt und Natrium bicarbonicum in grossen Mengen verabreicht wurde, ergab eine mehrere Tage später mit dem Katheter entnommene Harnprobe unzweifelhaft Haematoporphyrin. Gleichzeitig hatte sich am linken Bein eine Thrombose schmerzhafter Natur eingestellt. Die Cyanose war gestiegen; die Kranke zeigte einen ängstlichen Gesichtsausdruck und klagte über heftige Schmerzen im Leib sowie über Schluck- und Athembeschwerden. Das Abdomen war aufgetrieben; die Sprache war erschwert, wenn auch ohne Artikulationsstörungen. In den oberen Extremitäten traten Lähmungen der Extensoren ein, so dass die Hände wie in Bleilähmung standen. Auch die unteren Extremitäten konnten nur mühevoll bewegt werden. Es bestand vorübergehend retentio alvi et urinae. Stuhl erfolgte nur auf hohe Eingiessungen. Wegen Herzschwäche wurde Wein und Cognak, sowie auch roborirende Diät, welche die Patientin gut nahm, gegeben. Das Allgemeinbefinden besserte sich; der Urin hellte sich auf und zeigte sogar kurz sub finem normales Aussehen. Es liess sich, wenn auch die Athmung etwas erschwert erschien, keine Affektion der Lungen nachweisen; es bestand nie Temperatursteigerung. — Trotzdem trat ganz unerwartet, als die Patientin im Bette sich einmal aufsetzte, der Tod ein. Die Sektion konnte nicht vorgenommen werden. In Bezug auf die Würdigung des plötzlichen Ausgangs ist wohl die Annahme berechtigt, dass der Exitus hier nicht allein auf den deletären Einfluss des Haematoporphyrins allein, sondern vielmehr auch auf die durch den langjährigen Gebrauch von Narcoticis und Hypnoticis bedingte Herzschwäche zurückgeführt wnrden muss.

Sie sehen hier eine Probe des Urins, welcher der zuletzt erwähnten Patientin mit dem Katheter entnommen ist. Er zeichnet sich in erster Reihe durch übermässig saure Reaktion aus. Das Sulfonal setzt, wie *Müller* zuerst nachgewiesen hat, die Alkalescenz des Blutes beträchtlich herab und ruft eine Hyperacidität sämmtlicher Sekrete hervor. Sodann

bitte ich die tief dunkelrothe Farbe des Urins zu beachten, die bei auffallendem Lichte beinahe schwarz und in dünnen Schichten kirschsaftfarben erscheint. Bemerkenswerth ist dabei, dass der Harn unmittelbar nach der Entleerung weit heller war und beim Stehen erheblich nachdunkelte. Der darin enthaltene Farbstoff ist Haematoporphyrin. Ich zeige ferner hier eine saure und eine alkalische Lösung des betreffenden Urins. In ersterer sind unschwer durch das Spektroskop zwei Absorptionsstreifen, und zwar ein schmaler dunkler an der Grenze des Orange und Gelb und ein breiter im Gelb zu erkennen. In der alkalischen Lösung werden vier Streifen, ein schmaler heller zwischen Orange und Gelb, ein zweiter heller im Grün, die nächsten sehr dunkeln im Blau und Violett. Ich möchte dabei bemerken, dass die Autoren die Spectra nicht übereinstimmend in der eben angegebenen Weise beschreiben; die Streifen ändern sich vielmehr nach dem Grade der Verdünnung der Lösung, wie auch im Laufe der Zeit.

Wenn ich bezüglich des Haematoporphyrins noch Einiges rekapituliren und anführen darf, so soll es, wie *Garrod* nachweisen konnte, in Spuren auch im normalen Harn vorkommen. Von Anderen wurde es gefunden im blutfreien Urin von Rheumatismuskranken, bei Lebercirrhose, bei croupöser Pneumonie, bei morbus Addisonii und bei paroxysmaler Haemoglobinurie. *Schulte* beobachtete einen Patienten mit Koliken, Erbrechen, Pulsverlangsamung und späteren Lähmungen, bei welchem 14 Tage lang ein hoher Haematoporphyringehalt des Harns vorhanden war. — *Sobernheim* beschreibt einen Fall, in welchem Haematoporphyrin im Anschluss an ein grosses Haematom der Bauchmuskulatur auftrat und mit der Heilung desselben schwand. Auch bei einem an Typhus erkrankten Knaben hat er es beobachtet. — *Calvert* berichtete von einem an Haematemesis und Melaena leidenden Mädchen, in dessen Harn sich Haematoporphyrin zeigte. Bei chronischen Bleivergiftungen ist es, wie *Nakarai* mittheilt, eine häufige Erscheinung. — *Geill* und *Schulze* wollen Haematoporphyrin nach Trionalintoxikation nachgewiesen haben, was *Bayer* in Abrede stellt. — Das Haematoporphyrin stammt, nach den Untersuchungen von *Neucki* und *Zalewski*, vom Blutfarbstoff und ist mit dem eisenfreien Spaltungsprodukte des Haematins identisch. Seinem Auftreten geht meistens ein länger andauerndes Stadium körperlichen und geistigen Verfalls voraus. Nach *Salkowski* zerstört es einen erheblichen Theil des im Körper vorhandenen Haemoglobins. Durch Salzsäure erhält der betreffende Urin einen violetten, durch Ammoniak einen gelben Farbenton; beim Erhitzen mit Natronlauge wird er citronengelb. Die gewöhnliche Probe wird nach *Salkowski* folgendermassen ausgeführt: 300 cctm Harn werden mit alkalischer Chlorbaryumlösung ausgefällt, sodann der Niederschlag einige Male mit Wasser und darauf mit Alkohol ausgewaschen. Der feuchte Niederschlag wird nun durch wiederholtes Aufgiessen eines erwärmten Gemisches von 100 cctm Alkohol und 6—8 Tropfen Salzsäure ausgezogen. Bei Anwesenheit von Haematoporphyrin ist der Auszug roth gefärbt. Hier sehen Sie reines

Haematoporphyrin, welches im Laboratorium des Herrn Kollegen *Loewy* dargestellt ist.

Nach dem Vorstehenden und auf Grund eigener Beobachtungen komme ich in Bezug auf das Sulfonal und seine Anwendungsweise zu folgenden Ergebnissen. Das Sulfonal ist ein brauchbares, selten versagendes, aber mit Vorsicht zu verwendendes Hypnotikum. Dauer und Eintritt des gewünschten Erfolges sind vielfachen, vorher nicht zu bestimmenden Schwankungen unterworfen. Es ruft zuweilen, namentlich bei längerem Gebrauche die erwähnten Vergiftungserscheinungen hervor, die auch bei kleinen Gaben nicht gänzlich auszuschliessen sind. Es empfiehlt sich, es in Dosen von 1—2 g pro die zu geben; sehr gut bewährt es sich bisweilen bei melancholicher oder maniakalicher Unruhe in refracta dosi, und zwar etwa viermal 0,5 innerhalb 24 Stunden. Wird sein Gebrauch für längere Zeit nothwendig, so ist darauf zu achten, dass es zu keiner Accumulirung der Wirkung kommt. Am besten wird eine solche vermieden, wenn man nach etwa viertägiger Verabreichung eine zweitägige Unterbrechung eintreten lässt. Zur Beschleunigung der Resorption, sowie auch um die Acidität des Urins herabzusetzen, erscheint die Anwendung alkalischer Wässer, wie Selter, Sauerbrunn, Fachinger wünschenswerth. Die sich bemerkbar machende Obstipation ist durch geeignete Mittel, am sichersten durch hohe Eingiessungen zu beseitigen. Stellen sich die bekannten Vergiftungserscheinungen oder ihre Prodromale, wie Abgeschlagenheit, Schwindelgefühl, Schwerbeweglichkeit und Ataxie der Glieder ein, so muss das Medikament sofort ausgesetzt werden. Die fortdauernde Kontrolle des Urins ist unbedingt nothwendig. Sowie derselbe durch seine Farbe verdächtig erscheint und beim Stehen nachdunkelt, und sobald er durch übermässige Acidität sich auszeichnet, ist die Verabreichung von Natrium bicarbonicum oder Magnesia usta bei reichlichem Genuss kohlensaurer Wässer dringend anzurathen. Zur rascheren Ausscheidung der toxischen Produkte wirken tägliche hohe Eingiessungen unterstützend mit.

Literatur.

Kast, Sulfonal, ein neues Schlafmittel. Berlin. klin. Wochenschrift XXV, 16, 1888.

Rosin, Ueber die Wirkung des Sulfonal. Berlin. klin. Wochenschrift XXV, 24, 1888.

Schwalbe, Zur klinischen Würdigung der Sulfonal-Wirkung. Deutsche med. Wochenschr. XIV, 25, 1888.

Oestreicher, Zur Wirkung des Sulfonal. Berlin. klin. Wochenschr. XXV, 25, 1888.

Cramer, Münch. med. Wochenschr. XXXV, 25, 1888.

Otto, Ueber die Wirkung des Sulfonal bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLIV, 1888.

Jastrowitz, Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit. Deutsche med. Wochenschr. 31—34, 1889.

Fraenkel, Einige Bemerkungen zur Wirksamkeit des Sulfonal. Berlin. klin. Wochenschr. 30, 1888.

Bornemann, Deutsche med. Zeitung IX, 95, 1888.

Marandon de Montyel, Des dangers du sulfonal. Annal. med. psych. 7, IX, X, 1889.

Knoblauch, Therap. Monatshefte III, 11, 1889.

Gordon, A contribution to the study of sulfonal. Brit. med. Journ. March 29, 1890.

Neisser, Deutsche med. Wochenschr. XVII, 21, 1891.

Salkowski, Zeitschr. f. physiol. Chemie XV, 1891.

Kast, Zur Kenntniss der Sulfonalwirkung. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol. XXX, 1892.

Stern, Ueber Nierenveränderungen nach Sulfonalvergiftung. Deutsche med. Wochenschr. XX, 1894.

Müller, Ueber Haematoporphyrinurie und deren Behandlung. Wien. klin. Wochenschr. XVII, 1894.

Morro, Zur Wirkung des Sulfonals, Trionals und Tetronals. Deutsche med. Wochenschr. XX, 1894.

Stokvis, Zeitschr. f. klin. Medicin XXVIII, 1895.

Kast und *Weiss*, Zur Kenntniss der Haematoporphyrinurie. Berlin. klin. Wochenschr. XXX, 1896.

Hirsch, Ein Fall von acuter Sulfonalvergiftung. Therap. Monatsh. IX, 1895.

Marthen, Anatomie der Sulfonalvergiftungen. Münch. med. Wochenschr. II, 1895.

Schulte, Deutsches Arch. f. klin. Med. XLVIII, 1897.

Hoppe, *Seyler* und *Ritter*, Zur Kenntniss der acuten Sulfonalvergiftung. Münch. med. Wochenschr. XLIII, 1897.

Wiese, Ueber einen Fall letaler subacuter Sulfonalvergiftung. Berlin. klin. Wochenschr. XXXV, 1898.

Pollitz, Ein Fall von Sulfonalvergiftung. Wochenschr. f. ger. Medic. XV, 1898.

Garrod, Some further observations on urinary Haematoporphyrin. Journ. of Physiol. XV, 1893.

Sobernheim, Ein Beitrag zur Lehre der Haematoporphyrinurie. Deutsche med. Wochenschr. XVIII, 1892.

Calvert, A case of Haematoporphyrinurie not due to Sulfonal. Transact of clin. Societ. of London XXXIV.

Nakarai, Haematoporphyrinurie. Deutsche Arch. f. klin. Med. LIII, 1897.

Geill, Ein Fall von chronischer Trionalvergiftung. Therap. Monatsh. XI, 1897.

Schulze, Haematoporphyrin im Harn nach Trionalvergiftung. Deutsche med. Wochenschr. XX, 1894.

Bayer, Zur Frage der Trionalvergiftung. Deutsche med. Wochenschr. XXII, 1896.

Neucki und *Zalewski*, Untersuchungen über den Blutfarbstoff. Zeitschr. f. physiol. Chemie XXX, 1900.

Diskussion. Herr *Jastrowitz*: Die Darlegungen des Koll. *Fränkel* über das Sulfonal, wobei er, wie es in der Natur der Sache liegt, mehr die schlimme Seite und die Unglücksfälle beachtete, könnte geeignet sein, ein gutes Mittel in Misskredit zu bringen. Es wäre bedauerlich, wenn sie solchen Eindruck hinterliessen. Denn wir wenden alle das Sulfonal an und finden es in seiner Eigenart sowohl als Schlafmittel, wie namentlich bei muskelunruhigen Geisteskranken fast unersetzlich. Natürlich muss man hier wie überall das Mittel genau kennen. Es giebt kein Mittel, das nicht u. U. Gift werden kann. Die Erscheinungen der Muskelschwäche, des Taumelns, worüber ich schon in meiner Arbeit „Ueber Behandlung der Schlaflosigkeit" Mittheilung gemacht habe, sah man damals nicht als Intoxikation an. Sie gingen stets zurück, wenn man das Sulfonal aussetzte, ausscheiden liess und kumulative Wirkung vermied. Als merklich gefährliche Intoxikation kann man doch erst die Haematoporphyrinurie bezeichnen, welche das Leben bedroht. Immer handelt es sich dabei um grössere Dosen, die längere Zeit genommen wurden. Meine schweren Fälle waren auch solche, wo vorher oder nebenher Opium oder dessen Derivate gegeben worden waren. Denn diese verlangsamen die Exkretion und begünstigen somit die kumulative Wirkung eines so langsam sich ausscheidenden Mittels, wie es das Sulfonal ist. — Es ist wichtig, sowohl die Symptome der beginnenden Haematoporphyrinurie zu kennen am Körper der Leidenden und am Urin. In Bezug auf die ersteren Symptome möchte ich, abgesehen von der allgemeinen Hinfälligkeit auf die Radialislähmung hinweisen. Ich habe solche gesehen, welche Wochen zu ihrer Rückbildung gebraucht hat. Wichtig ist die Parese des Darms und der Blase. Die Kranken sind verhärtet, der Leib treibt auf und sie klagen zuweilen über Schmerzen in der Lebergegend und der rechten untern Thoraxhälfte. Schnell eintretender Decubitus deutet auf trophische Störung. Ich habe wohl Eiweiss aber keine eigentliche Nephritis bei meinen Fällen gesehen. Nur eine Sektion habe ich gemacht, bei der die kirschrothe Farbe des Blutes, Ekchymosen unter dem Epikard und den Pleuren der einzige Befund gewesen sind. Es war dies der Fall, welcher zur Entdeckung der Haematoporphyrinurie überhaupt geführt hat. Wir sehen, dass der Urin, welcher zuerst wie gewöhnliches helles Patzenhofer Bier aussah, beim Kontakt mit der Luft ein dunkelrothes Aussehen bekam, wie Patzenhofer Bier dunkel. — Der Farbstoff war nicht Blut-, nicht Gallenfarbstoff und auch kein anderer, er liess sich nicht mit Alkohol und Aether ausschütteln, wenn er auch durch centrales essigsaures Blei gefällt wurde. *Salkowski*, der auch meine damals, ich glaube 1890, beobachteten 3 Fälle kurz veröffentlicht hat, fand damals Haematoporphyrinurie als Ursache. Es ist bemerkenswerth, dass bei demselben Kranken zu einer Zeit heller, zu einer anderen dunkler Urin secernirt wird, was zu Irrungen führen kann. Man muss alle Symptome, natürlich den Urin besonders, im Auge behalten. — Die spektroskopische Untersuchung ist nicht überall zu machen,

giebt, wie Sie gehört haben, auch wechselnde Resultate. Am konstantesten sind die 2 dunklen Streifen zwischen D und E in saurer Lösung. Die excessive saure Reaktion des Hirns, das Nachdunkeln durch Kontakt mit Luft, das Dunklerwerden durch Zusatz von Säure können Fingerzeige geben. Bei Zweifeln müssen wir zur Darstellung doch die von *Salkowski* angegebene Methode befolgen. — Immer müssen wir aber das Gesammtbefinden der Kranken dabei im Auge behalten. —

Herr *Edel*: Ich habe ebenfalls bei Verabreichung des Sulfonals dieselbe Erscheinung beobachtet wie der Vortragende, öfter rothe Verfärbung des Urins. In einem Falle schob ich den Tod auf die Wirkung des Sulfonals bei einer alten dekrepiden, sehr unruhig gewordenen Dame; seit vielen Jahren bin ich deshalb vom Sulfonal abgegangen und gebe jetzt Trional, ich habe dabei niemals bedrohliche Erscheinungen beobachtet, namentlich nicht eine Veränderung des Urins. Selbstverständlich vermeide ich auch beim Trional die Akkumulation der Dosis.

Herr *Marthen* schliesst sich der Empfehlung des Sulfonals und zugleich der Warnung zur Vorsicht bei seinem Gebrauche an. Er wendet das Sulfonal nur an, wenn die anderen Mittel versagt haben, wenn bei schwerer Agitation die Beruhigung eine Indicatio vitalis geworden ist, dann in Tagesdose von 3 gr 3—5 Tage hintereinander, nöthigenfalls im Anfange unterstützt durch schneller wirkende Mittel. Wenn die Noth ein sicher und nachhaltig wirkendes Mittel verlangt, dann ist Sulfonal am Platze.

Herr *Juliusburger* demonstrirt eine Methode zur Darstellung von Gefässen im Rückenmark. Härtung in Jod-Jodkali 1 : 2, aqua destill. 100 während 12 Tagen von kleinen Stückchen, welche hernach je 1 Tag in 80%, 95% absoluten Aether-Alkohol kommen, hierauf in Celloidin eingebettet unter Alkohol geschnitten, 1 Minute in erwärmtem 1% Thionin gefärbt, in Alkohol abgewaschen, in Bergamottenöl aufgehellt, in Canada-Balsam eingeschlossen werden. Nach dieser Methode behandelt, zeigen die Gefässe in der Pia keine Besonderheiten, aber diejenigen in der Rückenmarksubstanz selbst gelegenen erscheinen wenig gradlinig, sondern mehr geknickt und gewunden. Besonders auffallend ist, dass man sie nicht plan, sondern körperlich sieht. Schon bei schwacher Vergrösserung erscheint die Begrenzung der Gefässe aus mehr oder weniger vielen oft korkzieherartig gewundenen Fäden zusammengesetzt. Im Allgemeinen kann man solche Fäden unterscheiden, die mehr longitudinal verlaufen und vorzugsweise dick sind und solche, die mehr spiralig um das Gefäss quer und schräg gewunden sind, vorzugsweise feine Fäserchen. Man sieht diese Fasern niemals in irgendwelche Kerne übergehen, sie ziehen über oder unter diesen hinweg.

J. hat bisher diese Fasern nur im Rückenmark — auch im Gehirn — von Paralytikern und alten Leuten gefunden. *Gock.*

Literatur.

Moeli, Behandlung der Vergiftungen mit Weingeist (Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, III. Aufl., 2ter Band 1902).

Verf. betont in der Einleitung zu seinen lesenswerthen Ausführungen, dass fast ausnahmslos die Vergiftungen mit Weingeist durch den Genuss geistiger Getränke hervorgerufen werden und nur höchst selten ihre Entstehung auf äussere Einflüsse auf die Haut oder durch die Athmungswerkzeuge, bezw. durch alkoholhaltige Medikamente zurückzuführen sei; dass in erster Linie der Branntwein dafür verantwortlich zu machen und hierbei zu berücksichtigen wäre, dass reiner Alkohol weniger schädlich oder giftig sei als Schnaps und Wein gleicher Stärke mit irgend welchen Beimischungen oder Verunreinigungen von ätherischen Oelen (Absinth, Wermut, Anis etc.) — Nach Würdigung der von verschiedenen Autoren veröffentlichten Laboratoriumsversuche, welche darthun, welch üblen Einfluss der Alkoholgenuss auf die körperlichen und geistigen Leistungen ausübt, wie er auch die Widerstandsfähigkeit des Individuums gegen Infektionsträger herabsetzt, meint Verf., dass der „gewaltige soziale Einfluss des Alkohols in dem Einfluss auf die Stimmung durch Beseitigung von Bedenken und Sorgen“ zu suchen sei.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen wird in kurzen prägnanten Zügen das Bild der akuten Alkoholvergiftung entwickelt, welche nebenbei bemerkt in Berlin und in New-York etwa ein Drittel aller tödtlich verlaufenden Vergiftungen ausmachen soll. Es wird im Besonderen auf diejenigen forensisch wichtigen, psychischen Veränderungen hingewiesen, welche nicht nur bei chronischem Alkoholismus, sondern auch bei Vergiftungen anderer Art, bei Schwächung der Psyche durch vorangegangene Krankheiten, durch Traumen etc. gelegentlich einmaliger, verhältnissmässig geringer Alkoholaufnahme vorkommen können (und gar nicht so sehr selten sind.)

Naturgemäss nimmt auch bei dieser Besprechung die chronische Vergiftung mit Weingeist den breitesten Raum ein. Zunächst werden kurz die pathologisch-anatomischen Befunde, vor Allem die Veränderungen des Nervensystems erwähnt und alsdann eingehend der vorbeugenden Massnahmen gedacht. Bezüglich der Entstehung des Alkoholismus ist des Verfassers Ansicht kurz dahin zu präzisiren, dass das Uebermass das Wichtigste, dass die Grenze des Erlaubten individuell ausserordentlich verschieden ist, dass bei Erkrankungen des Nervensystems ein nicht zu ausgiebiger Alkoholgenuss scheinbar ohne besondere Merkmale bleiben kann und die krankhaften Veränderungen erst bei Erkrankung aus anderen Ursachen in die Erscheinung treten, dass so auch Personen, welche regelmässigem Alkoholmissbrauch fröhnen, in abnorme Zustände verfallen, sobald eine besondere psychische Erregung (Aerger, Gram etc.) auftritt.

Da der Alkoholgenuss die Grundwurzel manchen Uebels sei (soziale Schädigung, sittliche Verkommenheit, lebensabkürzender Einfluss, Gefährdung der Gesundheit, Erhöhung der Gefahr bei Epidemien, Hinderniss der Akklimatisation in den Tropen, Beeinträchtigung der Nachkommenschaft etc. etc.), so hält Verf. mit Recht eine allgemeine Prophylaxe für das Wichtigste bei der Bekämpfung des Alkoholismus. Er schlägt u. a. vor: Beschränkung des Verkaufs nach Zeit, Konzession nach Bedürfniss (wenn die Beurtheilung dieses sog. Bedürfnisses nur keinen subjektiven Auffassungen unterzogen wäre! Ref.) Unterstützung der Mässigkeits- und Enthaltsamkeitsvereine, Verkaufsverbot von Schnaps in Kramläden, Reinigung und Festsetzung des Höchstgehaltes der Branntweine, höhere Besteuerung dieses gegenüber schwachalkoholhaltigen oder alkoholfreien Getränken, Zwang in den Wirthschaften, ausser geistigen auch alkoholfreie Getränke zu angemessenem Preise zu führen. Daneben wird als nothwendig erachtet, die heranwachsende Jugend auf die Schädigungen aufmerksam zu machen; das Volk möglichst über die Gefahren aufzuklären und die Trinksitten zu bekämpfen. Es wird ferner auf die Gefährdung der Kranken sowohl als auch der Kinder durch Darreichung von Alkohol in dem Glauben, hierdurch zu kräftigen, hingewiesen und mit vollem Recht allgemein ein regelmässiger Gebrauch als nicht unbedenklich hingestellt, wenn auch mit demselben Recht die Behauptung bestritten wird, dass regelmässiger Genuss sich steigern müsse resp. dass „Mässigkeit" nicht durchführbar sei. Unbedingt schädlich sei der Alkoholgenuss bei Kopfverletzungen — unter den Insassen von Trinkerheil- und Irrenanstalten befindet sich stets ein grösserer Prozentsatz solcher Kranken, welche einem erlittenen Trauma ihren Alkoholismus verdanken —, bei Intoxikationen durch Arsen, Blei und andere Metalle, bei Epilepsie und im Anfangsstadium der Paralyse, sowie bei allen besonders gefährdeten Individuen, also in erster Linie für die Alkoholisten selbst. Demnach hat die Behandlung vor Allem in der Durchführung der Enthalt-

samkeit zu bestehen, zumal man erkannt hat, dass mit der kurativen Behandlung nicht allzu viel, sicher gar nichts ohne Abstinenz zu erzielen ist. „Das Wesentliche liegt also in einer Veränderung der Lebensbedingungen", sagt der Verfasser, indem er meint, dass eine solche Veränderung in vielen Fällen nur durch Anstaltsbehandlung herbeizuführen sei, und dass die geeignetsten Anstalten die Trinkerheilanstalten seien. Gewiss könne eine entsprechende Behandlung in einer Irrenanstalt ermöglicht werden, immerhin biete eine besondere Anstalt für Alkoholisten grössere Gewähr für die Durchführbarkeit der nothwendigen Massnahmen dank ihrer isolirten Lage, der strikten Durchführung der Abstinenz bei allen Angestellten, durch ihre Eigenart, d. h. durch den Geist, der in einer solchen Heilstätte herrscht. Es würde darauf Bedacht zu nehmen sein, neben den vorhandenen offenen auch Anstalten zu errichten, welche nach Art der Anstalten für Geisteskranke geschlossenen Charakters sind; Asyle oder Trinkerbewahranstalten müssten ins Leben treten, und hierzu seien — um die ganze Trinkerbehandlung auch für weitere Kreise nutzbar zu machen — gesetzliche Bestimmungen unerlässlich.

Mindestens ebenso wichtig als die Organisation dieser Frage sei die der Nachbehandlung, d. h. die Kontrolle des aus der Heilstätte Entlassenen, um sie vor Rückfällen zu schützen — allerdings ein sehr wichtiger Punkt, der weiterer Bearbeitung bedarf.

Schliesslich noch auf andere durch Alkohol hervorgerufene Störungen des Nervensystems übergehend (die Häufigkeit des Vorkommens von Neuritiden, Polyneuritis, Pachymeningitis, epileptische Anfälle, Polioencephalitis betonend), hebt Verf. als den wichtigsten Anlass für eine eingreifende Behandlung das Delirium tremens hervor. Die Entstehung des Deliriums will auch Verf. nicht der plötzlichen Abstinenz zuschreiben, deshalb könne man auch die Behandlung in der Regel mit der plötzlichen Entziehung einleiten. Er empfiehlt, wenn die Unruhe nicht allzu gross ist, möglichst auf Medikamente zu verzichten — es wird sich in den weitaus meisten Fällen um Anstaltsbehandlung handeln —, massgebend sei der Puls. In ganz schweren Fällen wird von Anfang an Wein, Kognak in Milch empfohlen. Die Hauptaufgabe des Arztes bleibe beim Deliranten die Hebung der Kräfte, nicht die Verabreichung von Beruhigungsmitteln; das Ziel der Behandlung von Alkoholisten, mag es sich dabei um eine einfache Trunksucht, mag es sich um einen chronischen Alkoholismus mit oder ohne Delir, mag es sich um eine Dipsomanie handeln, muss die Erziehung zur Abstinenz sein, ohne die ein Alkoholkranker nicht heilbar ist.

Waldschmidt.

Mendel, Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart, Enke. 1902. 250 Seiten. 6 M.

Was Prof. *Mendel* schreibt, ist klar, einfach und hat Hand und Fuss. Das zeigt auch vorliegender Leitfaden der Psychiatrie, der sicher als Einführung in das schwierige Gebiet vortreffliche Dienste leisten wird. Verf. hat es verstanden, die Hauptsache in kurzen Worten, welche selbst dem Laien verständlich sind, darzulegen, und deshalb dürfte das Buch auch Juristen hochwillkommen sein. Für die Examinanden stellt es ein brauchbares Repetitorium dar. Dass bei einer so schwierigen Materie, wie es die Psychiatrie ist, deren Grundfesten noch kaum gelegt sind, es nicht leicht ist dass vor der Hand Sichere vom Wahrscheinlichen und Möglichen immer zu trennen, versteht sich von selbst. Jedenfalls bemüht sich Verf., uns nur das möglichst Sichere zu geben und die Streitpunkte bei Seite zu lassen oder sie nur kurz als solche zu streifen. Durch Einfügung von kleinem Druck ist trotz des kleinen Umfangs des Buchs eine grosse Reichhaltigkeit erzielt worden; Krankengeschichten mussten natürlich — bis auf wenige ganz kurze — weggelassen werden, weil ja die Vorführung der Kranken in der Klinik vorausgesetzt wurde. Die allgemeine Psychiatrie nimmt 125 Seiten ein und die psychologischen Darstellungen sind kurz, klar und völlig für den Anfänger genügend. In der speziellen Psychiatrie hat Verf. wohl absichtlich an der mehr symptomatologischen Eintheilung der Psychosen festgehalten. Es werden 1. der Idiotismus, 2. die funktionellen Psychosen (Delirium hallucinatorum, Manie, Melancholie, cirkuläre Psychose, Paranoia, Dementia acuta); 3. die durch centrale Neurosen bedingten Psychosen (die epileptischen, hysterischen, choreatischen); 4. die Intoxikationspsychosen (endogene, dann solche durch organische und unorganische Gifte bedingte) und 5. die organischen Psychosen (die diffusen und die durch Herderkrankungen bedingten) besprochen. Endlich beschliesst eine Anleitung zum Abfassen von Gutachten mit Anführung der nöthigen Gesetzesparagraphen) das Ganze. Ueberall zeigt sich der erfahrene Psychiater und gewiegte Praktiker, überall auch Benutzung der neuesten Literatur, obgleich Verf. offenbar von den Ansichten *Kraepelin's*, *Wernicke's* meist wenig wissen will. Ganz vortrefflich und klar sind die diagnostisch differentiellen Punkte hervorgehoben. Um nun noch geringes Einzelne zu erwähnen, bemerkt Referent, dass *Mendel* nach wie vor von der moral insanity als eigene Krankheitsgruppe nichts wissen will. Mit Recht sieht er im grössten Theile der „Degenerirten" nichts Anderes als solche, die gewisse körperliche und geistige Abnormitäten oder beides zugleich in Folge von hereditärer Belastung aufweisen. Unter den direkten Ursachen der Psychosen ist nach ihm die wichtigste die psychische, und das möchte Ref. doppelt unterstreichen. Verf. scheut sich auch nicht, als Schlafmittel zuweilen ein Glas echtes Bier, ein paar Gläser schweren Weines oder Eierpunsch zu empfehlen, und bezeichnet

Alkohol als einzige vorwiegende Ursache aller Psychosen zusammen in 15 pCt. der Fälle. Nach ihm findet sich in ca. 75 pCt. aller Fälle von Paralyse Lues in der Anamnese und ganz im Sinne des Ref. bezeichnet Verf. letztere nur als prädisponirendes Moment, als den Boden, auf welchem die P. in der grossen Mehrzahl der Fälle entsteht. Er hebt die hereditäre Anlage in einem Theile der Fälle hervor, vindizirt ihr aber nicht den Werth, wie es Ref. gern möchte. Mit Recht macht er dagegen auf die öfteren Abnormitäten bei Nachkommen von Paralytikern aufmerksam und dass die Ehen von P. in ca. 25 pCt. unfruchtbar sind, womit er der vom Ref. verfochtenen Lehre des invaliden Gehirns bei den meisten P. wenigstens nahe kommt. *Näcke.*

Otto Gross: Die cerebrale Secundärfunktion. Leipzig, Vogel 1902. 69 Seiten.

„Jedes nervöse Element, dessen funktionelle Erregung das Bestehen einer Vorstellung im Bewusstsein bedeutet, verharrt nach dem Austreten dieser Vorstellung aus der Bewusstseinsenge, also nach dem Ablauf seiner eigentlichen Funktion noch längere Zeit im Zustand einer Nachfunktion und diese Nachfunktion hat kein direktes Korrelat im Bewusstsein mehr, ist aber massgebend für die weitere Richtungnahme der Associationsthätigkeit, d. h. also für die Auswahl der fernerhin sich ergebenden Vorstellungsreihen. Auf dieser Nachfunktion beruht die Ordnung des eigentlichen Denkens i. e. des Zustandekommens noch nicht vorgebildeter Vorstellungsverbindungen." Diese Nachfunktion nennt Verf. „Sekundärfunktion" im Gegensatz zur „Primärfunktion", welche das Auftreten einer Vorstellung im Bewusstsein bedeutet. Der Ersteren liegt die Regeneration des verbrauchten Nährmaterials der Ganglienzelle zu Grunde. So erklärt es sich, dass sie mit ihr in Grad und Dauer verschieden sein muss, und es kann je nach dem vorliegenden Krankheitsfalle in der Harnrinde eine diffuse oder mehr lokale Verminderung und Verkürzung der Sekundärfunktion eintreten. Ist sie einfach herabgesetzt, so erfolgt ein „aberirrender" Gedankengang, ist zugleich die Anregbarkeit der Primärfunktion erhöht, so entsteht ausserdem Rededrang etc. „Der Steigerung der Sekundärfunktion entspricht eine Verengerung und event. eine Vertiefung, der Herabminderung der Sekundärfunktion eine Verflachung und event. eine Verbreiterung des Bewusstseins". „Die degenerative Konstitution besteht in einer habituellen, diffusen Veränderung der Sekundärfunktion, und zwar entweder in einer Zunahme oder in einer Abnahme ihrer Dauer und Intensität. In Folge dessen besteht eine Alteration der Bewusstseinsweite, und in Folge dessen wiederum eine Störung in der Abstufung der Affektenwerthe. Das Charakteristische für die Minderwerthigkeit mit ver-

flachtem Bewusstsein ist die Nivellirung, für die Minderwerthigkeit mit verengtem Bewusstsein, die Disposition zu überwerthigen Ideen. Das Gemeinsame der Minderwerthigkeit überhaupt ist die „affektive Kritiklosigkeit“. Verf. analysirt psychologisch alle bei Minderwerthigkeiten auftretenden Symptome, wie auch die bei den akuten Psychosen und paranoiden Zuständen, immer von seiner Hypothese aus. Bei der Manie konstatirt er eine erleichterte Primär- und verkürzte Sekundärfunktion, bei der Melancholie: Erschwerung in der Erregbarkeit der Primär-, gesteigerte und verlängerte Sekundärfunktion und dadurch bedingte Einengung des Bewusstseins und Auftreten überwerthiger Ideen. Auch bei den Motilitätspsychosen werden die katatonen Erscheinungen und Bewegungsstereotypen besonders auf das Verhalten der Sekundärfunktion hin untersucht. Das Initialstadium der akuten Verwirrtheit wird auf akut gesteigerte Sekundärfunktion und dadurch excessiv verengtes Bewusstsein, das 2. Stadium, das der Inkohärenz, auf erloschene Sekundärfunktion zurückgeführt. Typische Alteration der Primärfunktion besteht aber nicht oder nur als erhöhte und ungleiche Anregbarkeit. Von den paranoiden Zuständen trennt Verf. zunächst die *Magnan*'sche „Paranoia completa“ ab und nennt den Rest „chronischen Erklärungswahn“. Im Gegensatze zu letzterem bedeutet die klassische Paranoia eine Affektpsychose von cirkulärem Charakter mit einem einzigen Turnus, „bestehend aus 2 Phasen, der des Affektes der ängstlichen Erwartung und der des Affektes der freudigen Erwartung“. Ihnen entsprechen die Phasen des Verfolgungs- und Grössenwahns. Das Umschlagen derselben ineinander bedeutet nur einen „cirkulären Charakter des zu Grunde liegenden pathologischen Prozesses“. Es handelt sich hier um „cirkumskripte, im Sinne einer Systemerkrankung angeordnete Alterationen der Sekundärfunktion“. Im letzten Kapitel endlich führt Verf. die Individualitätsverschiedenheiten und die Charaktere der Zeitepochen gleichfalls auf habituelle (geringe) Verminderung oder Vermehrung der Sekundärfunktion zurück. Das verbreiterte Bewusstsein ist die Grundlage des typisch praktischen Charakters, das verengt-vertiefte das der verinnerlichten Individualität. Jenes eignet dem civilisatorischen, diesem das kulturelle Genie. Auch die Zeitepochen lassen sich so auffassen.

Ref. glaubte obige geist- und gedankenvolle Schrift des Verf.'s hier etwas ausführlicher darlegen zu müssen, weil sie im höchsten Grade anregend wirkt, selbst wenn man ihm nicht in Allem folgen möchte. Ref. glaubt nämlich, dass Verf. die Rolle der Sekundärfunktion der „Primärfunktion“ gegenüber zu sehr in den Vordergrund gestellt hat. Veränderungen des einen Faktors muss mit dem des andern Hand in Hand gehen; alleinige Alteration des einen ist undenkbar. Dann aber ist es schwer die Rolle des einen und des andern Moments sicher abzugrenzen. Ja, ob überhaupt die Sekundärfunktion für das ordentliche Denken allein massgebend ist, wie Verf. es will, erscheint Ref. fraglich. Auf alle Fälle ist die sehr wahrscheinliche Hypothese einer Sekundärfunktion fruchtbar

und Verf. hat sie bewunderungswürdig bis in die Details durchgeführt. Wie man schon aus dem Referate sieht, steht er ganz auf dem *Wernicke*schen grandiosen Standpunkt, dessen Nomenklatur er sich auch angeeignet hat. Ja, seine Schrift kann geradezu als werthvolles Supplement zu *Wernickes* Lehrbuch gelten. Seine psychologischen Analysen, z. B. des Affektes, der Gefühlsbetonung etc. sind von grosser Feinheit und das letzte Kapitel zeigt hinreichend, das er nicht nur auf den engen psychiatrischen Standpunkt sich gestellt hat, sondern auch weite, anthropologisch-soziale Ausblicke eröffnet. Es verschlägt dabei wenig, das man mit einzelnen Ausführungen sich wohl nicht immer wird einverstanden erklären. Bei der moral insanity z. B. — diesen ganz überflüssigen Namen behält er leider bei — stellt er als charakteristisch die Gleichverwerthigkeit aller Vorstellungsgruppen hin. Gerade aber hier ist die Ich-Gruppe absolut überwerthig und drängt alles Andere in den Hintergrund. Seine Bemerkungen über die Pathogenese der Paranoia sind sehr bemerkenswerth. Speziell heraus haben möchte ich noch den Satz: „Die Psychiatrie ist eben nicht nur die Pathologie, sondern auch die Mikroskopie in der Psychologie — dies ist ihr eigentlichster und grösster Werth.“ Das ist durchaus wahr, trotz der Angriffe *Nissl's*. Ref. weiss wohl, dass es Psychiater giebt, die nur die praktische Seite ihrer Wissenschaft lieben, von der theoretischen höchstens nur, was sich in Zahlen und Normen ausdrücken lässt. Und sicher wird dereinst auch die „Kurvenpsychiatrie“ die führende Rolle übernehmen. Aber stets wird es noch Gebiete geben, wo sie nicht eindringen kann. Hier ist der Ort, in vorsichtiger Weise theoretisch auf Grund möglicher Hypothesen vorzudringen, um den dunklen Hintergrund wenigstens schwach zu beleuchten, was immer noch besser als absolute Finsterniss ist und das Ursachen-Bedürfniss des Menschen einigermassen befriedigt. Von diesem Standpunkte aus ist die Schrift des Verf.'s freudig zu begrüssen und allen Denkern warm zu empfehlen. *Näcke.*

Näcke: „Ueber die sogenannte Moral insanity.“ Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden, Bergmann, 1902. 65 Seiten. 1,60 Mk.

Nach einer Einleitung, die auch Geschichtliches streift, ergeht sich Verf. zunächst in für die vorliegende Frage unumgängliche psycho-soziologische Vorbemerkungen, die namentlich den Begriff und die Componenten von Intellekt und Moral betreffen. Darauf erfolgt eingehend das allgemeine und spezielle Bild der sog. moral insanity, wobei scharf zwei Haupttypen unterschieden werden: 1. der aktive, gemeingefährliche, der von den Autoren meist allein berücksichtigt wird und 2. der mehr passive, harmlose. Dazwischen giebt es Uebergänge und jeder Typ hat wieder

gewisse Unterarten. Verf. behandelt weiter ausführlich die Nomenklatur und Pathogenese. Alle Fälle von sog. mor. ins. lassen sich nach ihm ungezwungen in folgende 3 Abtheilungen bringen: 1. in die der Imbecillität, 2. die der periodischen oder cyklischen Stimmungsanomalien und 3. in die der psychischen Degeneration (im *Magnan*'schen Sinne). Eine 4. unendlich kleine Gruppe würde sich ergeben, wenn es wirklich echte Fälle von mor. ins. gäbe, d. h. von normalem Intellekt bei moralischem Defekt. Bis jetzt kennt Verf. nur einen einzigen Fall (den *Bleulers*), der allenfalls hierher gerechnet werden könnte, aber wohl besser unserer 3. Gruppe einzureihen ist. Demnach sollte der Name: mor. ins. ganz gestrichen werden, wie dies in Deutschland meist schon geschieht. Am grössten und zwar ziemlich gleichgross, sind die Gruppen 2 und 3. Als Hauptprobleme der mor. ins., ja überhaupt jeglichen menschlichen Thuns und Treibens werden die folgenden hingestellt: 1. die Darlegung der „individuellen Affektdisposition“ und 2. die Dissociation zwischen Intellekt und Moral. Wenngleich nämlich im Grossen und Ganzen Intellekt und Moral parallel verlaufen und sicher der erstere die letztere mit beeinflusst, so lässt sich anderseits eine häufige Dissociation zwischen beiden doch nicht verkennen, die in der mor. ins. ihren höchsten Grad erreicht. Verf. verwirft die versuchte Wiedereinführung des ganz unwissenschaftlichen Begriffs: Temperament, in die Lehre der mor. ins. und der Psychosen überhaupt, ebenso die behauptete Analogie der mor. ins. mit dem Verhalten von Kindern und Wilden. Hier handelt es sich nämlich höchstens nur um physiologische Zustände, bei der mor. ins. dagegen um pathologische. Auch die mor. ins. bei Verbrechern wird unter die obigen Gruppen rangirt, nachdem die grosse Anzahl — sicher die Mehrheit — der verlotterten, verführten Elemente und die sog. „Primitiven“ im Sinne Penta's, d. h. Solche aus kulturell ganz zurückgebliebenen Gegenden, abgezogen sind. Verf. bekämpft von Neuem *Lombroso*'s „reo nato“, noch mehr aber dessen Identifizirung mit dem moral insane oder gar mit dem Epileptischen. Die Diagnose hat die Feststellung obiger 3 Gruppen ins Auge zu fassen, wobei stets die ganze Persönlichkeit, nicht weniger aber auch das Milieu zu berücksichtigen ist. Die Prognose ergiebt sich gleichfalls aus den 3 Gruppen, wobei es aber ausser auf den Grundzustand auch auf den Grad des Trieblebens ankommt, der eher als jener durch Erziehung etc. oder durch Alter günstig beeinflussbar ist. Die Therapie beleuchtet die 3 oben erwähnten Gruppen. Nach einem Ausblicke auf die Aetiologie der sog. mor. ins. wird zuletzt die forensische Bedeutung besprochen. Hier wird je nach dem Grundleiden das Verdikt auf verminderte Zurechnungsfähigkeit oder auf Unzurechnungsfähigkeit lauten. Sollte es wirklich einmal echte Fälle von mor. ins. geben, so wäre dieser Zustand genau so wie intellektuelle Idiotie pathologisch und der Träger als unzurechnungsfähig zu erklären. Die angehängte Biographie zählt 119 Nummern, die z. Th. schwer zugänglichen Quellen entnommen sind.

Selbstbericht.

Kleinere Mittheilungen.

Baer: **Der Antrag des Abgeordneten Dr. Graf Douglas betreffend die Bekämpfung des übertriebenen Alkoholgenusses.** Deutsche medizin. Wochensch. 1902. No. 25.

Verfasser, welcher bekanntlich zu den ersten und hervorragendsten Forschern der Alkoholfrage gehört, giebt zunächst seiner Freude darüber Ausdruck, dass dieser für das gesammte Volkswohl so überaus wichtige Gegenstand eine so ausgiebige Berathung am 1. Mai im Preussischen Abgeordnetenhause erfahren hat dank der „gründlichen Sachkenntniss“ und den „klaren Ausführungen“ des „verdienstvollen Antragstellers“ und dank der Einmüthigkeit aller Parteien, den übertriebenen Alkoholgenuss durch geeignete gesetzliche Massnahmen bekämpfen zu wollen. Diese allseitige Zustimmung und Anerkennung sei der unausgesetzten Arbeit der Anti-Alkoholbewegung innerhalb der letzten 20 Jahre zuzuschreiben, sie bilde ein gutes Prognostikon und gebe begründete Hoffnung, nun endlich auf dem langersehnten Wege weiter zu kommen.

Der Douglas'sche Antrag wurde zur Berathung an eine Kommission von 21 Mitgliedern verwiesen, welches die Beschlussfassung mit folgendem Wortlaut zur Folge hatte:

Das Haus der Abgeordneten beschliesst, die Königliche Regierung aufzufordern:

1. nach dem Vorgange der Gesetzgebung süddeutscher Bundesstaaten schon in nächster Tagung einen Gesetzentwurf zur Verhütung und Einschränkung des schädlichen Genusses alkoholhaltiger Getränke vorzulegen, durch welchen insbesondere Gast- und Schankwirthen sowie Kleinhändlern untersagt wird, Branntwein an Kinder unter 14 Jahren, überhaupt an Personen vom 14.—16. Lebensjahre zum eigenen Verbrauch, sowie geistige Getränke zu verabreichen an Betrunkene und solche Personen, die von der Polizeibehörde den Gast-Schankwirthen als Trunkenbolde bezeichnet sind;

2. durch geeignete Veröffentlichungen den weitesten Kreisen des Volks zum Bewusstsein zu bringen, welche schädlichen Wirkungen der

übertriebene Alkoholgenuss auf die körperliche und geistige Gesundheit, die Nachkommenschaft, die Erwerbsthätigkeit, das Anwachsen der Verbrecher hat;

3. Erhebungen über die für Trinker bestehenden Heilanstalten und sonstigen Einrichtungen anzustellen und die Unterbringung von Trinkern in geeignete Anstalten sowie die Fürsorge für sie zu fördern,

insbesondere auf Errichtung öffentlicher Anstalten zur Unterbringung der wegen Trunksucht Entmündigten Bedacht zu nehmen, und zwar bei unbemittelten Trunksüchtigen nach Massgabe des Gesetzes vom 11. Juli 1891 und des Gesetzes vom 2. Juli 1900;

4. in Wartesälen, Wartezimmern der Behörden und sonstigen öffentlichen Räumen, in welchen das Publikum zu verkehren pflegt, durch bildliche Darstellungen und geeignete Belehrungen die schädlichen Wirkungen des übertriebenen Alkoholgenusses, insbesondere auch auf die Organe des menschlichen Körpers zu veranschaulichen;

5. darauf zu halten, dass die Jugend in der Schule über die schädlichen Folgen des übertriebenen Alkoholgenusses aufgeklärt wird und zwar in den höheren Klassen der oberen Lehranstalten durch Aerzte;

6. in allen staatlichen und der staatlichen Aufsicht unterstellten Betrieben mustergiltige Einrichtungen zur Verhütung des Alkoholmissbrauchs zu schaffen, die Bestrebungen der Privaten und der Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht zu fördern und ebenso in erhöhtem Masse die Einrichtungen von Volksbibliotheken, Lesehallen und anderen Aufenthaltsräumen ohne Trinkzwang sowie Spielplätzen zu fördern;

7. ferner auf den Erlass von Polizeiverordnungen hinzuwirken, durch welche nach Lage der örtlichen Verhältnisse der Ausschank und Verkauf von geistigen Getränken in den späten Abendstunden und frühen Morgenstunden sowie während des Hauptgottesdienstes an Sonn- und Festtagen verboten wird und zwar thunlichst durch Festsetzung von Polizeistunden für Schänken;

8. bei dem Bundesrath dahin vorstellig zu werden, dass eine Verordnung erlassen wird, nach welcher es den Gast- und Schankwirthen sowie den Kleinhändlern untersagt wird, Branntwein in anderem als reinem, von gesundheitsschädlichen Stoffen freiem Zustande zu verabreichen;

9. beim Bundesrath eine Novelle zum Strafgesetzbuch einzubringen, die bestimmt, dass Trunkenheit nur dann, wenn sie unter starkem äusseren Zwange entstanden ist, als strafmildernd und strafmindernd angesehen werden darf;

10. bei den verbündeten Regierungen auf den Erlass eines Gesetzes zur Bekämpfung der Trunksucht hinzuwirken, welches die Konzessionspflicht im Sinne des Gesetzentwurfs zur Bekämpfung der Trunksucht vom 15. Januar 1892 regelt, ferner auch die Vorschriften der §§ 2, 3 und 10 des Gesetzentwurfs enthält;

11. bei den verbündeten Regierungen auf Erlass eines Gesetzes hinzuwirken, nach welchem Bier unter 2 pCt. Alkoholgehalt steuerfrei ist;

12. nach Analogie der Kommission zur Bekämpfung der Krebskrankheiten und Tuberkulose eine Kommission zur Bekämpfung der Trunksucht einzusetzen.

Baer bespricht nun nacheinander nicht nur die Auslassungen der einzelnen Redner, sondern vor Allem auch die einzelnen Paragraphen des Antrages. Er hebt zunächst die von ihm schon früher betonte Wichtigkeit hervor, Branntwein nur in reinem Zustande, ohne die schädlichen Beimischungen von Essenzen oder Verunreinigungen von Fusel, zu gestatten und befürwortet dringend die zu ergreifenden polizeilichen Massregeln in Bezug auf die Zeit des Ausschanks, sowie hinsichtlich des Verbots einer Verabreichung von Branntwein an Kinder. Verf. will aber eine „Fixirung von Normen bei der Entscheidung von Schankkonzessionen", da „ohne Einschränkung der Zahl der Schankstätten jede Bestrebung, den Alkoholkonsum zu verringern, erschwert, wenn nicht ganz unmöglich gemacht" werde — dieser Forderung kann man nur zustimmen.

Hinsichtlich der Trinkerfürsorge führt Verf. einen Ausspruch *Virchow*'s aus dem Jahre 1881 an, wodurch er im Reichstage die Ansicht vertritt, dass Asyle für Gewohnheitstrinker mit dem Rechte der Detention eingerichtet werden müssten und verweist auf die bisher einzige gesetzliche Errungenschaft, welche durch den Entmündigungsparagraphen im B.G.B. geboten ist. Immerhin könne man mit dem Bestehenden nicht zufrieden sein; es sei zweierlei zu fordern: erstens bedürfen die Trinkerheilanstalten unbedingt der staatlichen Konzessionirung und Ueberwachung, und zweitens sei es ein Mangel, dass heute keine zwangsweise Unterbringung und Zurückhaltung einer trunksüchtigen Person (Nb. sofern sie nicht entmündigt und durch ihren Vormund nicht der Anstalt zur Internirung überwiesen worden ist) gesetzlich möglich ist. Es solle nicht erst die Entmündigung abgewartet werden, da es dann meist schon zu spät, um eine erfolgreiche Behandlung durchzuführen; die zwangweise Unterbringung solle vielmehr vor der Entmündigung schützen. Verf. empfiehlt das Vorgehen in anderen Staaten (Schweiz, England) zur Nachahmung und verlangt staatliche Unterstützung der vorhandenen Heilstätten gemeinnützigen Charakters, deren sie dringend bedürftig sind.

Als besonders werthvoll bezeichnet *Baer* den letzten Theil des Antrages betreffend die Mitwirkung der Schule im Kampfe gegen den Alkoholismus durch Einführung eines obligatorischen Unterrichts über diese Frage; Belgien und neuerdings Frankreich sind uns bereits mit gutem Beispiel vorangegangen.

Durch die Betheiligung aller Faktoren, insbesondere durch die Gesetzgebung erhofft Verf. für die öffentliche Wohlfahrt wirksame Mittel in dem schweren Kampfe gegen die Trunksucht. *Waldschmidt.*

Fortschritte der Familienpflege in Schlesien. — Seit dem Jahre 1885 ist bekanntlich an der Anstalt Bunzlau in Schlesien Familienpflege eingerichtet. Es ist hier nicht der Ort, den Gründen nachzugehen, weshalb diese Einrichtung in den folgenden Jahren keine erhebliche Erweiterung erfahren hat und auch von den anderen schlesischen Anstalten Versuche mit der Familienpflege Geisteskranker nicht gemacht worden sind, da ich bereits im Dezember 1900 in meinem Vortrage[1]) in Breslau ausführlich darüber berichtet hatte. Inzwischen hat aber die Einrichtung der Familienpflege an den verschiedensten Orten erfreuliche, weitere Fortschritte gemacht und ist damit der Beweis erbracht worden, dass selbst an alten Anstalten, wie auch auf dem allgemeinen Kongress für Familienpflege in Antwerpen hervorgehoben wurde, die Ausgestaltung dieser Verpflegungsform nicht nur möglich erscheint, sondern auch für gewisse Krankenkategorien sich äusserst vortheilhaft erweist.

Seit Anfang Juni sind nun von der hiesigen Anstalt aus Kranke zunächst in die Stadt, dann auch auf das angrenzende Dorf, in dem sich bereits eine Irrenkolonie befindet, hinausgegeben worden und in erfreulicher Weise haben sich bisher diese, freilich mit äusserster Vorsicht in Scene gesetzten Versuche bewährt. Kranke, die in der Anstalt stumpf und kaum leistungsfähig waren, zeigten sich in der Familie lebhafter, erholten sich körperlich und geistig und begannen sich regelrecht im Hause nützlich zu machen. Eine Kranke hat sich derart draussen bewährt, dass ihr seitens der Pflegerin ganz die Besorgung der Küche anvertraut werden konnte. Keine Kranke hat nach der Anstalt freiwillig zurückverlangt, wenn auch mehrere wegen körperlicher Leiden oder Verschlechterung des Geisteszustandes (bei einer Periodica) nach der Anstalt zurückgenommen werden mussten. Einmal vertrug sich eine Kranke mit der Pflegerin auf die Dauer nicht, hatte sich wahrscheinlich durch Nachbarsleute aufreden lassen; ein anderes Mal war die Pflegestelle nicht gut gewählt, die Kranke selbst aber in einer zweiten Stelle sehr zufrieden. Dass Pfleglinge, die noch etwas leistungsfähig sind, besonders begehrt werden, ist verständlich, indessen scheinen mir die gezahlten Pflegesätze von 20 Mark pro Monat, selbst wenn die Kranken noch etwas arbeiten, zu niedrig bemessen zu sein. Auch der Satz von 25 Mark für hilflose, gar nicht mehr arbeitsfähige Kranke ist nicht sonderlich hoch, wenn man wünscht, dass die Pfleglinge gut gehalten werden sollen. Trotzdessen ist an Pflegestellen bisher kein Mangel gewesen; auch fehlt es nicht an Kranken, die man bei weiterer Ausdehnung der Familienpflege hinausgeben könnte. Da aber die Bevölkerung, trotz

---

[1]) Der Vortrag „Ueber Familienpflege" erschien in extenso in der Psychiatrischen Wochenschrift 1900, Nr. 43 und 44. Leider ist ein Referat des Vortrages durch ein Versehen des Sekretärs des Vereins nicht in Druck gegeben worden, infolgedessen der Inhalt meiner Ausführungen weiteren Kreisen unbekannt geblieben.

langen Bestehens der Irrenanstalt am hiesigen Orte, mit der neuen Verpflegungsform noch wenig bekannt und vertraut ist, die Versuche auch nicht durch anfängliche Misserfolge gefährdet werden sollen, wird die Pflege absichtlich langsam und vorsichtig ausgedehnt und nur absolut saubere, ruhige Kranke, die sich selbst besorgen und regelmässig essen, hinausgegeben. Die Zahl von 20 Kranken soll zunächst nicht überschritten werden, indem man dabei auch von der Erwartung ausgeht, solche Kranke, die sich längere Zeit in der Familie bewährt haben, falls es ihr sonstiger Zustand erlaubt, wieder nach der Heimath zurückzuschicken.

Es wäre zu wünschen, wenn derartige, selbst noch so bescheidene Versuche möglichst bei jeder Anstalt zur Ausführung kämen, schon um weitere Erfahrungen zu sammeln, die den meisten heutigen deutschen Irrenärzten auf diesem Gebiet noch fehlen. Gelingen die ersten Versuche, dann wird man auch muthiger und lernt anders über eine Angelegenheit urtheilen, die sonst nur theoretisch, häufig mit allerlei nichtigen, durchaus nicht stichhaltigen Einwänden bekämpft wird. Richtig freilich bleibt es, dass mit dem neuen System neue Arbeit entsteht für Anstaltsleitung, Aerzte und Personal, doch lohnt schon im allgemeinen Interesse die Mühe und einzelne Misserfolge werden reichlich aufgewogen durch erfreuliche Besserungen, die bei anderen Kranken beobachtet werden. Hat man keine geeigneten Pflegestellen, dann werden ältere Wärter, die pensionirt sind, oder denen man geeignete Wohnungen schafft, die berufensten Mitarbeiter sein, durch die Anlage von gutgebauten Wärterhäusern lässt sich aber jedenfalls die Zahl der Pflegeplätze in besonders trefflicher und nutzbringender Weise vermehren.

Wie ich schon in meinem Vortrage darauf hingewiesen habe, sind in Schlesien eine ganze Anzahl von Kranken, die sich für Familienpflege geeignet hätten, derselben dadurch verloren gegangen, dass man Orden und städtische Krankenhäuser zur Pflege herangezogen hat, doch glaube ich, werden jedenfalls auch jetzt noch in jeder Anstalt 20—30 Kranke vorhanden sein, die sich für einen freieren Verpflegungsmodus eignen und hoffentlich wird das in Brieg gegebene Beispiel bald weitere Nachfolge und Beachtung finden.

Dr. *Klinke.*

Denkmal für Rudolph Virchow. — Ein Comité in Berlin hat die Errichtung eines Denkmals für *Rudolph Virchow* unter dem Vorsitzenden Prof. *Waldeyer* und dem Schriftführer Prof. *Posner* in die Hand genommen. Wer eine Gabe für den Mann, der direkt und indirekt zur wissenschaftlichen Entwicklung der Psychiatrie erheblich beigetragen hat, um die Reorganisation des Irrenanstaltswesens Berlins hoch verdient ist und Mitarbeiter dieser unserer Zeitschrift war, übrig hat, wird gebeten, einen

Beitrag an den Schatzmeister, Geh. Kommerzienrath E. von Mendelssohn-Bartholdy unter der Adresse Bankhaus Mendelssohn & Cie., Berlin W., Jägerstr. 49, 50 einzusenden.

Die Prozesskosten bei einer Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. — Wer hat bei Scheidung der Ehe wegen Geisteskrankheit die Prozesskosten zu tragen? Jüngst hat das Landgericht II Berlin die Ehe der Parteien wegen Geisteskrankheit des Beklagten getrennt und die Kosten des Verfahrens dem gesunden Kläger auferlegt. Die Entscheidung wegen der Kostentragung giebt, wie Dr. jur. Fritz Poech in der „Deutschen Juristenztg." schreibt, Anlass zu Bedenken. Die Scheidung der Ehe erfolgt auch im Falle von Geisteskrankheit nur auf Grund richterlichen Urtheils. Doch entbehrt das die Scheidung aussprechende Erkenntnis, entgegen der allgemeinen Regel, der Schuldfeststellung selbst dann, wenn die Geisteskrankheit durch Verschulden eines der Ehegatten, z. B. durch übermässigen Genuss von Alkohol oder von anderen Giften herbeigeführt worden ist. Der die Scheidung veranlassende Ehegatte wird aber in Ansehung des Unterhaltsanspruches und der Theilung des gütergemeinschaftlichen Gesammtgutes wie ein allein für schuldig erklärter Ehegatte behandelt. Es wird behauptet, von einem „Unterliegen" der geisteskranken Partei im Scheidungsprozesse könne nicht die Rede sein; es müsse daher auch § 91 Z.-P.-O. ausser Betracht bleiben. Der Kläger, welcher die Fesseln der Ehe mit einer geisteskranken Person abstreife, thue dies nur zu seinen Gunsten, deshalb müsse er auch die Kosten des Verfahrens tragen. Dieser Einwand erscheint nicht stichhaltig. Da jede Scheidung einen Rechtsstreit zur Voraussetzung hat, ein solcher aber, wenn es zum Urtheil kommt, mit einem, wenn auch nur theilweisen Siege einer Partei und einer Niederlage der anderen endigt, so muss stets ein Unterliegender vorhanden sein. Auf alle Fälle ist dies nicht der mit seinem Begehren durchdringende Kläger, folglich also der andere Ehegatte. Dem oben angeführten Urtheile kann daher nicht beigestimmt werden, sondern es hat bei Scheidung der Ehe wegen Geisteskrankheit der unterliegende kranke Ehegatte die Kosten des Verfahrens zu tragen. (Deutsche Zt. v. 3. Nov. 1902).

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.[1])

Dem Verein ist ferner beigetreten:

Gouvernements-Irrenanstalt des Semstwo zu Ufa, Russland.

---

[1]) Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben.

Heinr. Laehr.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Böhme*, Med.-R. u. Abtheilungsvorstand in Hubertusburg, ist zum Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen bei Klosterbach, Kgr. Sachsen,

Dr. *P. Näcke*, Med.-R. u. Arzt der Landesheilanst. Hubertusburg, ist zum ärztl. Vorstand der Anstalt A in derselben Anstalt,

Dr. *Cl. Neisser*, Oberarzt der Prov.-Heil- u. Pflegeanst. zu Leubus ist zum Direktor der Prov.-Anstalt zu Lublinitz, Pr. Schlesien,

Dr. *Bothe*, 2. Arzt der Prov.-Heilanstalt Eichberg, Prov. Nassau, ist zum Direktor derselben Anstalt ernannt worden.

Dr. *R. Schroeter*, Geh. San.-R. u. Dir. der Prov.-Heilanstalt Eichberg, Prov. Nassau, hat sich emeritiren lassen und wird seinen Aufenthalt in Wiesbaden nehmen,

Dr. *Richard Foerster* hat sich als Privatdocent der Psychiatrie an der Universität zu Bonn,

Dr. *Alexander Pilcz* in Wien als Privatdocent der Psychiatrie an der dortigen Universität habilitirt.

Dr. *Ernst Zeller*, Obermedicinalrath u. von 1877—1900 Direktor der Landesheilanstalt Winnenthal, Württ., ist am 18. Sept. apoplektisch im 72. Lebensj. in Stuttgart,

Dr. *M. O. Fraenkel*, Geh. San.-Rath u. fr. dirig. Arzt der Irrananstalt zu Dessau u. sp. Direktor der Irrenanstalt zu Bernburg, ist am 11. Okt. im 88. Lebensj. nach längerem Leiden gestorben.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Redaction der Allgemeinen Zeitschrift.

Dr. Hub. von Grashey, Prof., Ober-Med.-Rath, Ref. im Kgl. Ministerium des Innern zu München.

Dr. R. Freiherr von Krafft-Ebing, Hofrath, Professor der Psychiatrie, zu Graz.

Dr. K. Pelman, Geh. M.-R., Prof. der Psych. und Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Bonn.

Dr. H. Schüle, Geh. Rath u. Dir. der Heil- und Pflegeanst. Illenau bei Achern in Baden.

Dr. Heinr. Laehr, Geh. San.-Rath u. Professor, Berlin W.-Zehlendorf.

Redaction des Literaturberichtes.

Dr. F. Schuchardt, Ober-Med.-Rath, Prof. d. Psych. u. Dir. d. Irrenanst. Gehlsdorf bei Rostock.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. W. Alter, San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Leubus (Schles.).
- - Al. Alzheimer, 2. Arzt der Irrenanst. zu Frankfurt a. M.
- - H. van Andel, Generalinspector der Niederländischen Irren u. Irrenanstalten in Leiden, Holland.
- - G. Aschaffenburg, Prof. u. Gefängnissarzt in Halle a. S.
- - L. Ascher zu Berlin.
- - F. Ast, Med.-R. u. emer. Dir. d. Heil- u. Pflegeanst. b. Schussenried, zu München.
- - J. Bartels, San.-Rath zu Ballenstedt i. H.
- - Alb. Behr in Riga.
- - Heinr. Behr, Ass. d. Prov.-Irrenanst. zu Göttingen.
- - Belkowsky zu Cleveland, Ohio.
- - O. Berkhan, San.-Rath in Braunschweig.

Herr Dr. J. Bernhart, Arzt der Irrenabth. zu Frankenthal.
- - N. Bernstein, Ordinator an der Moskauer psych. Klinik.
- - H. Bertschinger, Secundärarzt der Pflegeanstalt Rheinau Ct. Zürich.
- - Bikeles, Assist. d. psych. Klinik zu Wien.
- - Ernst Beyer, Dir. d. Priv.-Heilanstalt zu Gut Waldhof, Litten-weiler b. Freyburg i. B.
- - O. Binswanger, Hofrath, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik zu Jena.
- - Ernst Bischoff in Wien.
- - E. Bleuler, Prof. u. Dir. d. Irrenanst. zu Burghölzli, Cant. Zürich.
- - Dr. Bolte in Bremen.
- - Boncoroni, Privatdoc. a. d. Universität zu Pavia.
- - A. Bothe, Director d. Prov.-Irrenanst. Eichberg, Nassau.
- - H. Brackmann, Oberarzt der Pflegeanst. zu Colditz.
- - M. Brasch, 2. Arzt der Prov.-Heilanst. zu Sorau.
- - Em. Bratz, 2. Arzt der st. Anst. f. Epileptische zu Wuhlgarten.
- - J. van Brero, Arzt der Staatsirrenanst. zu Buitenzorg (Java).
- - J. Bresler, dir. Arzt des deutschen Samariter-Ordensstifts zu Kraschnitz in Schlesien.
- M. Brosius, Dir. d. Kuranst. zu Sayn bei Coblenz.
- A. Brückner, Geh. San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Kreutzburg (Schlesien).
- - L. Bruns, Arzt für Nervenkranke zu Hannover.
- - A. Buchholz, Prof. u. Oberarzt d. Irrenanst. Friedrichsberg bei Hamburg.
- - A. Bumm, Prof. d. Psych. a. d. Univers. zu München.
- - G. Burckhardt, dir. Arzt d. Heilanst. Sonnenhalde-Richen b. Basel.
- - Chotzen, Oberarzt d. st. Irrenanst. zu Breslau.
- - O. Claus, Med.-Rath u. em. Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt Sachsenberg zu Weissenfels.
- - A. Cramer, Prof. o., Dir. d. psych. Klinik u. d. Prov.-Irrenanst. zu Göttingen.
- - Th. Dedichen, Dir. der Privatheilanst. bei Christiania, Norw.
- - O. Dees, Dir. d. Kreis-Irrenanst. zu Gabersee.
- - W. Deiters, Ass. d. Prov.-Irrenanst. zu Andernach.
- - Max Dessoir, Prof. in Berlin.
- - Chr. Dieckhoff in Constanz.
- - K. Dietz, Med.-Rath u. Mitgl. des Med.-Collegium in Stuttgart.
- - K. Dittmar, San.-Rath. u. Dir. d. Bez.-Irrenanst. zu Saargemünd, Lothr.
- - O. Domrich, Geh.-Rath und Leibarzt zu Meiningen.
- - O. Dornblüth, Nervenarzt in Rostock.
- - Dr. Dost, Ass. d. Landesheilanstalt zu Hubertusburg.
- - L. Edinger, Prof. in Frankfurt a. M.

Herr Dr. G. Eisath, Ass. d. Landesirrenanst. Hall, Tyrol.
- - Elmiger, Ass. der Cant.-Anst. St. Urban.
- - H. Emminghaus, Kais. Russ. Staatsr., Prof. a. d. Universität zu Freiburg i. B.
- - H. Engelken, Dir. d. Priv.-Heilanst. Rockwinkel (Bremen).
- - M. J. van Erb Taalman Kip, 2. Arzt der Irrenanst. zu Dordrecht.
- - W. Falkenberg, Ass. der städt. Heilanst. zu Wuhlgarten bei Berlin.
- - A. Fauser, Oberarzt des Bürgerhospitals in Stuttgart.
- Ph. Felgner, Med.-R. u. Dir. der Irrenanstalt zu Colditz.
- Fr. Fischer, Med.-R. u. Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt zu Pforzheim (Baden).
- - Jac. Fischer, Primararzt der psych. Abtheilung d. kön. ungar. Landesspitals zu Pressburg.
- - Max Fischer, Oberarzt an d. Heilanst. Illenau.
- - A. Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - A. Forel, fr. Prof. u. Dir. der Irrenanstalt Burghölzli bei Zürich, jetzt zu Chigny bei Morges, Canton Waadt.
- - M. Fränkel, San.-Rath u. emer. Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg in Dessau.
- - Frey, Ass. d. Prov.-Heilanst. Schwetz.
- - K. Fürstner, Hofrath, Prof. u. Dir. der psych. Klinik an der Universität Strassburg.
- - R. Ganter, Ass. d. Bezirks-Irrenanstalt zu Hoerdt.
- - Fr. Gerlach, Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Königslutter.
- - Fr. Gerstenberg, San.-Rath u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim.
- - M. Giessler, zu Erfurt.
- - H. Gock, San.-Rath, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Landsberg a. W.
- - M. Goldstein, dir. Arzt d. Privatheilanstalt zu Lichterfelde.
- - A. Gottlob, Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Merzig.
- - K. Grassmann in München.
- - B. Greidenberg, dir. Arzt d. Landes-Irrenanst. zu Charkow.
- - L. Greppin, Dir. d. Cantons-Irrenanst. zu Rosegg.
- - Ad. Gross, Ass. d. Prov.-Irrenanstalt „Rittergut Alt-Scherbitz“
- - Hans Gudden, Privatdoc. u. dir. Arzt d. Irrenabth. des Allg. Krankenhauses in München.
- - P. Guder, Kreisphysikus des Kreises Wittgenstein zu Laasphe.
- - S. Gutnikow, Ass. d. psych. Klinik in Warschau.
- - A. Gutsch, Geh. Hofrath in Karlsruhe.
- - A. Guttstadt, Geh. Med.-R., Prof. u. Dez. im Kgl. stat. Bureau in Berlin.

Herr Dr. Otto Habermaas, San.-R. u. dir. Arzt in Schloss Stetten, Württ.
- - Hans Haberkant, Ass. d. Genesungshauses zu Roda.
- - Fr. Haase, 2. Arzt d. Irrenanstalt in Niedermarsberg.
- - E. Hallervorden, Privatdoc. in Königsberg.
- - O. Hebold, Dir. d. städt. Heil- u. Pflegeanstalt für Epileptische Wuhlheide bei Berlin.
- - E. Hecker, Dir. der Kuranst. für Nervenleidende zu Wiesbaden.
- - A. Hegar, Ass. d. Heilanstalt Illenau.
- - K. Heilbronner, Prof. u. Oberarzt d. psych. Klinik zu Halle.
- - Alf. Hellwig, San.-Rath, Primararzt u. Dir. der Schlesischen Landes-Irrenanst. zu Troppau.
- - A. Herfeldt, Dir. d. Kreisirrenanst. zu Ansbach.
- - Joh. Herting, Dir. der Prov.-Heilanst. zu Galkhausen, Rheinpr.
- - Ed. Hess, Ass. der Bezirksirrenanst. zu Stephansfeld.
- - Fr. Heyden, Dir. der Privatheilanst. zu Endenich bei Bonn.
- - E. Hjertström, Prof. u. Oberarzt der Irrenanst. zu Hernösand (Schweden).
- - O. Hösel, 2. Arzt d. Landesheilanst. zu Zschadras.
- - E. Hoestermann, San.-Rath und dir. Arzt der Wasserheilanst. Mariaberg a. Rh.
- - A. Hoffmann in Düsseldorf.
- - Ad. Hoppe, Ass. d. Prov.-Heilanstalt Alt-Scherbitz.
- - Hugo Hoppe, Arzt zu Königsberg.
- - E. Hougberg, Assistenzarzt an der Irrenanstalt Lappvik bei Helsingfors.
- - K. Ideler, Geh. San.-Rath zu Wiesbaden.
- - G. Ilberg, Oberarzt d. Heilanst. Altschweidnitz b. Löbau, Kgr. Sachsen.
- - E. Jacobson, Privatdocent u. 1. Ass. an der Irren- u. Nervenklinik des Communalhospitals zu Kopenhagen.
- - K. Jahrmärker, Oberarzt der Prov.-Heilanst. zu Marburg.
- - M. Jastrowitz, San.-R. u. Dir. der Priv.-Heilanstalt in Steglitz.
- - W. Jessen, Geh. Med.-Rath zu Kiel.
- - J. Jörger, Dir. d. Irrenanst. zu Realta, Cnt. Graubündten.
- - Fr. Jolly, Geh. Med.-Rath, Prof. der Neurol. u. Psych., Dir. d. psych. Klinik zu Berlin.
- - O. Juliusburger, Arzt der Priv.-Heilanstalt „Fichtenhof“, Zehlendorf.
- - Th. Kaes, Pros. der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.
- - K. Kahlbaum, Arzt. d. Priv.-Heilanst. zu Görlitz.
- - O. Kaiser, 2. Arzt d. Privatheilanst, Neufriedenheim b. München.
- - F. Karrer, Med.-Rath u. Dir. der Kreis-Irrenanstalt zu Klingenmünster.
- - W. Kellner, in Hamburg-Eppendorf.

Herr Dr. Th. Kirchhoff, Prof., Dir. d. Prov.-Heilanst. zu Schleswig.
- - O. Klinke, Oberarzt der Pflegeanstalt zu Tost.
- - E. Knecht, San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Ueckermünde.
- - C. Knörr, Oberarzt der Prov.-Heilanst. zu Landsberg a. W.
- - A. Koch, em. Dir. d. Landesirrenanst. zu Zwiefalten (Württ.).
- - H. Koeberlin, Oberarzt der Kreis-Irrenanst. zu Erlangen.
- - W. König, Med.-Ass. u. Oberarzt d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf b. Berlin.
- - Max Koeppen, Prof. u. Oberarzt d. Irrenabth. d Charité in Berlin.
- - P. Kollmann, Grossh. Oldenburg. Regierungsrath, Vorstand des statistischen Bureaus.
- Kornfeld, Geh. Med.-Rath zu Gleiwitz.
- - S. Kornfeld, 1. Primararzt der Landesanstalt zu Brünn, Mähren.
- - P. Kowalewsky, Prof. in St. Petersburg.
- - E. Kraepelin, Prof. u. Dir. d. psychiatr. Klinik zu Heidelberg.
- - Krainsky, ord. Arzt der psychiatr. Abth. des Gouv.-Hospitals in Charkow.
- - H. Kreuser, Dir. der Landesheilanst. zu Winnenthal, Württ.
- - R. Kroemer, Med.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Conradstein in Westpr.
- E. Kundt, I. Ass. an der Kreisirrenanst. zu Deggendorf.
- - Hans Kurella zu Breslau.
- - Hans Laehr, Dir. der Priv.-Heilanst. Schweizerhof, Zehlendorf.
- - Max Laehr, Dir. d. Nervenheilstätte „Haus Schönow“, Zehlendorf.
- - G. Lehmann, Ober-Med.-R. u. Dir. d. st. Irrenanst. zu Dösen bei Leipzig.
- - Linke an d. Prov.-Pflegeanst. zu Tost.
- - M. Liebe, dir. Arzt an der Anstalt f. Psychisch-Kranke z. Bielefeld.
- - J. P. Ph. van der Lith, Prof. u. fr. Arzt an der Irrenanst. zu Utrecht.
- - J. Lucaszewski, Dir. der Irrenanst. Golia b. Jassy.
- - G. Ludwig, Geh. Med.-Rath u. emer. Dir. d. Irrenanstalt zu Heppenheim.
- - Lücke zu Dresden.
- - W. Lüth zu Berlin.
- - Lustig, Ass. an d. Herz. Irrenanst. zu Königslutter.
- - Ad. Luther, Ass. d. Prov.-Heilanst. zu Ueckermünde.
- - H. Lutz, 2. Arzt der Privatheilanst. zu Göppingen, Württ.
- - F. Matusch, Med.-Rath u. Director der Irrenheilanst. Sachsenberg bei Schwerin, Mecklenburg.
- - P. Mayser, Med.-R. u. Dir. d. Irrenanstalt zu Hildburghausen.
- - E. Mendel, Prof. an d. Univ. Berlin.
- - A. Mercklin, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Treptow a. R.

Herr Dr. Fr. Meschede, Prof., Dir. der psych. Klinik u. Dir. der städt. Krankenanstalt zu Königsberg i. P.
- - A. Meyer, Dir. d. Heilanst. f. Nervenkr. zu Eitorf (Rheinprovinz).
- - J. Möbius, Arzt f. Nervenkranke zu Leipzig.
- - Frz. Moeli, Geh. Med.-R., Prof. u. Dir. d. städt. Heil- und Pflegeanstalt zu Lichtenberg b. Berlin.
- - O. Mönkemöller, Oberarzt d. Prov.-Heilanst. Osnabrück.
- - Luigi Mongeri in Constantinopel.
- - Em. Moravcsik, Prof. an d. Univ. zu Budapest.
- - Müller, Ass. d. med. Klinik zu Erlangen.
- - L. von Muralt, Prof. u. 2. Arzt der Cantonsirrenanst. Burghölzli.
- - Fr. Mülberger, Dir. d. Sanatorium f. Nervenkranke zu Constanz.
- - J. P. Naab, Arzt an d. Anst. f. Epilept. zu Bethel.
- - P. Näcke, Med.-Rath u. dir. Arzt a. d. Landesanst. zu Hubertusburg, Kgr. Sachsen.
- - Navratzki, Ass. d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf.
- - Cl. Neisser, Dir. der Prov.-Pflegeanst. zu Lublinitz, Schlesien.
- - R. Neuendorff, San.-R. u. Dir. d. Irrenanst. zu Bernburg a. S.
- - Georg Neumann in Berlin.
- - Frz. Nissl, Prof. u. 2. Arzt d. Irrenklinik in Heidelberg.
- - H. Obersteiner, Prof. o. der Neurologie an d. Univ. zu Wien u. Dir. d. Heilanst. zu Ober-Döbling bei Wien.
- - L. J. Oebeke, Geh. San.-Rath in Bonn und Landes-Psychiater der Rheinprovinz.
- - H. Ortloff, Landgerichtsrath zu Weimar.
- - N. Ostermayer, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Budapest.
- - R. Otto, Oberarzt d. städt. Irrenanst. zu Lichtenberg bei Berlin.
- - A. Paetz, Geh. San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. „Rittergut Alt-Scherbitz“ bei Schkeuditz, Prov. Sachsen.
- - Fel. Peipers zu Bonn.
- - J. Peretti, San.-Rath u Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Grafenberg b. Düsseldorf.
- - A. Pfister, Prof. u. Oberarzt d. psych. Klinik zu Freiburg.
- - L. Pfleger, Hausarzt an d. städt. Versorgungsanstalt zu Wien.
- - A. Pick, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik an d. Universität Prag.
- - H. Pierson, San.-R. u. Dir. d. Priv.-Heilanstalt Lindenhof bei Dresden.
- - Pobriedin, dir. Arzt a. d. Irrenanst. bei Warschau.
- - P. Pollitz, Strafanstaltsarzt zu Münster.
- - G. Rabbas, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt, Westpr.
- - Jul. Raecke, Ass. der psych. Klinik zu Kiel.
- - P. Ranschburg, Ass. d. psych. Klinik zu Budapest.
- - Chr. Rasch, Dir. d. Priv.-Anst. f. Epileptische zu Potsdam.

Herr Dr. Joh. Redlich, 2. Arzt der Irrenanst. Rothenburg bei Riga.
- - P. Rehm, Dir. d. Kuranst. f. Nervenkr. zu Blankenburg i. H.
- - H. Reich, Med.-Rath u. Bez.-Arzt in Freiburg, Baden.
- - H. Reimer, Med.-Rath in Stuttgart.
- - A. Richter, San.-R. u. Oberarzt d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf bei Berlin.
- - C. Rieger, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik zu Würzburg.
- - Rösop, Ass. d. Prov.-Heilanstalt Eichberg.
- - Franco de Rocha, Dir. d. Irrenanst. San Paulo, Brasilien.
- - A. Roller, Landgerichtsrath in Waldshut, Baden.
- - Em. Roth, Geb. u. Med.-Rath in Potsdam.
- - A. v. Rothe, wirkl. Staatsrath u. em. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - J. Rudolph in Heilbronn.
- - Th. Saelan, Dir. der Irrenanst. zu Lappvik bei Helsingfors in Finnland.
- - J. Salgó, Doc. u. Primararzt d. k. ung. Irrenanst. zu Budapest.
- - Max Sander, dir. Arzt d. Beob. Abth. d. Strafanst. zu Graudenz.
- - Ern. Sauerbeck, Ass. am pathol. Institut zu Basel.
- - Fr. Schaefer, San.-R. u. Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Lengerich, Westph.
- - S. Schaefer, Ass. der Staatsirrenanst. Friedrichsberg bei Hamburg.
- - H. Schedtler, Dir. d. Landeshospitals zu Merxhausen.
- - F. Schlangenhausen, em. Dir. der Irrenanst. Feldhof bei Graz (Steyermark) zu Villach.
- - Eug. Schlesinger, pr. Arzt zu Strassburg i. Els.
- - A. Schmitz, Dir. d. Priv.-Heilanstalt f. Nervenkranke zu Bonn.
- - H. Schneider in Freiburg i. B.
- - Fr. Scholz, em. Dr. d. allgem. Krankenhauses in Bremen.
- - L. Scholz, dir. Arzt d. Priv.-Pflegeanst. zu Waldbröhl a. Rh.
- - Rich. Schroeder, Ass. d. Prov.-Irrenanst. zu Aachen.
- - R. Schroeter, Geh. San.-Rath und Dir. der Prov.-Irrenanst. Eichberg, Nassau.
- - H. Schulze, Arzt a. d. Prov.-Heilanst. zu Sorau.
- - E. Schultze, Privatdoc. u. Ass. d. Prov.-Irrenanst. zu Andernach.
- - O. Schwartz, Geh. u. Reg.-Med.-Rath a. D. in Trier.
- - O. Schwartzer, Reg.-Rath u. Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Budapest
- - L. A. Seeligmüller, Prof. an d. Universität zu Halle a. S.
- - G. Seifert, Med.-Rath zu Dresden.
- - H. Servaes, San.-R., dir. Arzt d. Privatanst. Marienbad b. Goslar.
- - Fr. Siemens, Geh. Med.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. Lauenburg in Pommern.
- - Em. Sioli, Dir. d. städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Herr Dr. Franz Sklarek, Ass. d. städt. Heilanst. zu Dalldorf.
- - O. Snell, Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Lüneburg, Prov. Hannover.
- - R. Sommer, Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Giessen.
- - W. Sorbski, Privatdocent a. d. Univ. zu Moskau.
- - W. Stark, Bezirksarzt in Staufen.
- - C. Stenger in Würzburg.
- - H. Sterz, Dir. der Landes-Irrenanst. zu Sternberg, Mähren.
- - Stier, Stabsarzt zu Jena.
- - Ernst Thoma, Ass. der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau.
- - Rob. Thomsen, Prof. u. Dir. d. Privatheilanst. zu Bonn.
- - W. Tigges, Geh. Med.-Rath zu Düsseldorf.
- - Th. Tiling, Dir. der Irrenheilanst. Rothenburg b. Riga.
- - Ad. Tilkowsky, San.-R. u. Dir. d. nieder-österreich. Landesirrenanst. zu Wien.
- - Max Tippel, dir. Arzt der Priv.-Heilanst. Johannisberg bei Kaiserswerth.
- - H. Ulrich, Med.-R. u. Dir. d. Kreisirrenanstalt zu Kaufbeuren.
- - R. Virchow, Geh. Med.-Rath u. Prof. d. path. Anat. zu Berlin.
- - J. Mourly Vold, Prof. a. d. Univ. zu Christiania.
- - J. Vorster, Dir. der Irrenanst. zu Stephansfeld, Elsass.
- - J. Waldschmidt zu Charlottenburg-Westend.
- - R. Walter, Dir. der Priv.-Heilanst. zu Lissa, Schlesien.
- - O. Wattenberg, dir. Arzt der st. Irrenanst. zu Lübeck.
- - G. Weber, Ob.-Med.-Rath u. Dir. d. Heilanst. Sonnenstein b. Pirna.
- - L. W. Weber, Ass. d. Prov.-Irrenanst. Uechtspringe, Altmark.
- - K. Wernicke, Med.-R., Prof. u. Dir. d. psych. Klinik zu Breslau.
- - C. Werner, Dir. d. Prov.-Heilanstalt zu Owinsk.
- - Wickel, Ass. d. Prov.-Heilanst. Dziekanka.
- - H. Wildermuth, San.-R., dir. Arzt der Nervenheilanst. zu Stuttgart.
- - L. Wille, Prof., Dir. d. Irrenanst. u. Dir. der psych. Klinik zu Basel.
- - W. Willerding zu Grohnde a. d. Weser.
- - Witte zu Freiburg i. B.
- - Arth Wreschner in Berlin.
- - F. Wulff, Dir. der Privatanst. zu Kropp.
- - Würth, Oberarzt d. öff. Heilanst. zu Hofheim.
- - Th. Zacher, dir. Arzt an d. Priv.-Heilanst. zu Ahrweiler Rheinpr.
- W. Zenker, San.-R. u. Dir. d. Privatheilanst. Bergquell b. Stettin.
- - Th. Ziehen, Prof. an d. Univ. zu Utrecht.
- C. Zinn, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Eberswalde.

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München **von Krafft-Ebing** Wien **Pelman** Bonn **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Neunundfünfzigster Band.

Literaturheft.

Berlin,

W. 35, Lützowstrasse 107/8.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

1902.

Bericht

über die

Psychiatrische Literatur

im Jahre 1901

redigirt

von

F. Schuchardt,
Obermedicinalrath und Professor o. in Rostock.

Literaturheft
zum 59. Bande der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie.

Berlin,
W. 35, Lützowstrasse 107/8.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1902.

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Ziehen, *Th.*, Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie. Rede, gehalten bei dem Antritt der ord. Professur für Psychiatrie an der Universität Utrecht am 10. Oktober 1900. Gustav Fischer. Jena. 1901.

In geistreicher und fesselnder Weise giebt Verf. einen Ueberblick, welch reiches Arbeitsgebiet sich der experimentellen Psychologie in der klinischen Psychiatrie darbietet und welchen praktischen Gewinn sich die letztere von ihr versprechen darf. Die experimentelle Methode ist in allen diesen Fällen nichts anderes als die methodische Verwendung desselben Prüfungsmittels in verschiedenen Fällen, die Betrachtung unter bestimmten, künstlich hergestellten gleichmässigen Bedingungen.

Türkheim, *J.*, Zur Psychologie des Willens. Stahel'sche Verlagsanstalt Würzburg. 1900.

Verf. behandelt im ersten Theil seiner Schrift die Frage: Was ist der Wille? Er giebt die verschiedenen Definitionen des Willens, bespricht die Handlungen des Menschen im Allgemeinen, die überlegten Handlungen und die ihnen voraufgehenden seelischen Zustände, die Beziehungen des Motivs oder Schmerzgefühls zum Willen, die Lustgefühle, die *Wundt*'sche Auffassung des Willens.

Der zweite Theil handelt vom Willen und der Seele. Es werden hier abgehandelt die Frage von der Seele, von den Gefühlen im Allgemeinen, von ihrem Sitz und ihrem Ursprung, von den Beziehungen der Gefühle zum übrigen Bewusstseins-Inhalt, von der Eintheilung der Gefühle und von ihren unterscheidenden Merkmalen, von dem Kampf der Gefühle und von der Willensfreiheit, vom Charakter und seiner Herkunft, von den Beziehungen des Charakters zum Lebenslauf, von der Glückseligkeit.

Je mehr das Können des Individuums seinem Wollen gewachsen ist, um so mehr Antheil an der irdischen Glückseligkeit ist ihm gesichert.

Nach Verf.'s Ansicht sind am glücklichsten die Menschen mit einseitigem, bescheidenem Willen, also der grosse Haufe.

Lipps, Theodor, Das Selbstbewusstsein; Empfindung und Gefühl. Heft IX von Löwenfeld und Kurella: Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1901.

Verf. behandelt den verschiedenen Sinn des „Ich“, das Ich und den Zusammenhang der Bewusstseinserscheinungen, das Bewusstsein des Bewusstseins, das Ich als die Einheit der Empfindungen und Vorstellungen, das „Ich“ und Gefühl und Empfindung, die Möglichkeit der Verwechselung von Gefühlen und Empfindungen, die specifische Subjectivität der Körperempfindungen, die Rückführung von Gefühlen auf Empfindungen, die Affekte, die Unabhängigkeit der Gefühle von Körperempfindungen, das Ichgefühl und das Körper-Ich, der Ursprung des Körper-Ich, das „reale Ich“. —

Wir erkennen das Gefühls-Ich oder das Ichgefühl als das primäre Ich und den Kern jedes Ichbewusstseins, wir finden um diesen Kern liegend die verschiedenen Aussenzonen des Ich, und ihm zu Grunde liegend das reale Ich.

Freud, Siegm., Ueber den Traum. Heft VIII von Löwenfeld und Kurella: Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1901.

Verf. versucht in recht anregender Weise eine Erklärung der Bedingungen des Entstehens des Traums, seiner Beziehungen zum Seelenleben des Wachens, seiner Abhängigkeit von Reizen, die sich während des Schlafzustandes zur Wahrnehmung drängen, der vielen dem wachen Denken anstössigen Eigenthümlichkeiten seines Inhalts; der Inkonsequenz zwischen seinen Vorstellungsbildern und den an sie geknüpften Affekten, endlich der Flüchtigkeit des Traums der Art, wie das wache Denken ihn als fremdartig bei Seite schiebt, zu geben. — Ferner betont Verf. die Frage nach der Bedeutung des Traums, die einen zweifachen Sinn in sich schliesst. Sie frage erstens nach der psychischen Bedeutung des Träumens, nach der Stellung des Traumes zu anderen seelischen Vorgängen und nach einer etwaigen biologischen Funktion desselben, und zweitens möchte sie wissen, ob der Traum deutbar ist, ob der einzelne Trauminhalt einen „Sinn“ hat, wie wir ihn in anderen psychischen Kompositionen zu finden gewöhnt sind.

Verf. betont als Aufgabe einer Traumdeutung die Ersetzung des Traumes durch die latenten Traumgedanken, also die Auflösung dessen, was die Traumarbeit gesponnen hat. — Verf. erklärt selbst, er erhebe nicht den Anspruch, auf alle Traumprobleme Licht geworfen zu haben, noch die erörterten überzeugend erledigt zu haben.

Vaschide et Pieron, Valeur sémiologique du rêve. Revue scientifique. Mars, Avril.

Die Traumdeutung ist bekanntlich von Alters her in allen sozialen Schichten, in den höchsten wie in den niedersten, Gegenstand hohen Inter-

esses. Die grosse Bedeutung, die man den Träumen vor Zeiten auch von ärztlicher Seite beigemessen, hat heut grösstentheils nur noch geschichtliches Interesse. Die Verf. geben darüber ein ziemlich vollständiges Verzeichniss von Hippokrates, Galen bis zum Jahre 1900. Der Gewinn für die medizinische Wissenschaft ist, kühl betrachtet, von keinem grossen Werthe. Wohl lassen sich aus den Sensationen bei organischen Affektionen, wie Tumoren und Krebs, beachtenswerthe Indizien für den Sitz der Krankheit entnehmen; auch bei Anginen giebt der Traum, bei dem es sich um Erstickungsgefühl handelt, ein sicheres prognostisches Zeichen. Für Voraussage von Meningitis auf Grund eines Traumes bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde führen, wie 2 Fälle für Angina, die Verf. Fälle aus eigener Erfahrung an.

Die in Traumbilder blutigen Inhaltes umgesetzten Sensationen vor Ausbruch der Menses sind bekannt. Weniger bekannt ist die Beobachtung, dass Träume zu der nicht immer leichten Differenzialdiagnose von Hysterie und Epilepsie dienen können. Um psychische Blindheit oder Taubheit von organischer zu unterscheiden, habe man auf den Traum zu achten. Dass der Traum den wahren Charakter des Individuums enthülle, wird *Naecke*'s Bezeichnung der charakteriologischen Träume citirt. Bei den Degenerirten ist das vorzugsweise der Fall, wo die Fortdauer der Traumgebilde im Wachzustande den Charakter der Halluzination annimmt, wofür Beispiele aus Heiligen- und Kriminalgeschichten vielfach den Beweis liefern. —

Flournoy, Th., Le cas de Charles Bonnet. Archives de Psychologie de la Suisse Romande, I. 1. p. 1—23. Juli.

Der Fall Bonnet, mit dem die neue psychologische Zeitschrift der französischen Schweiz sich einführt, spielt in der Geschichte der Hallucinationen eine gewisse Rolle, indem er schon dem berühmten Schweizer Naturforscher (Bonnet, Essai analytique sur les facultés de l'âme, Copenhague 1760) zum Beweise dafür dient, dass neben den krassesten Sinnestäuschungen ein gesundes Urtheil und volle Einsicht in das Krankhafte der Erscheinungen bestehen kann. — Der Fall, der jetzt zuerst vollständig veröffentlicht ist, betraf den erblindeten Genfer Rathsherrn Cullin, der im Alter von 89 Jahren seinem Enkel Ch. Bonnet die ausführlichen Mittheilungen über seine merkwürdigen Gesichtserscheinungen machte und auf sein Diktat niederschreiben liess. Das Manuskript ist nach mancherlei Wanderungen in die Hand des Herausgebers des Archives, Prof. Flournoy, gelangt.

Lemaitre, Aug., Prof. au Collège de Genève, Deux cas de personifications. Archives de Psychologie de la Suisse Rom. I. 1. p. 24.

Der vielbesprochenen „Audition colorée", d. h. derjenigen Synästhesie bei der das gesprochene Wort als farbig empfunden wird, ist die Personi-

ficirung von Worten und Dingen allerlei Art nahe verwandt, wohl gar miteinander verbunden. Der erste der beiden Fälle betrifft einen ca. 13½jährigen intelligenten Knaben, bei dem Art (eigentlich Unart. Reft.) der Auffassung eines Wortes unter dem Bilde eines gleichzeitig wahrgenommenen Gegenstandes seit dem 5. Lebensjahre datirte, in der Folge aber mehr und mehr erlosch, während die Farbenempfindung blieb.

Im zweiten Falle, bei einem 55 Jahre alten Maler, wuchs im Gegentheil der Instinkt des Personificirens der Worte und Laute mit den Jahren unter vorwaltendem Einfluss des Gesichtssinnes, während bei dem Knaben zunächst das Gehör den Anknüpfungspunkt gab. Intellekt und Charakter waren auch bei dem Maler untadelig. Das Kuriose seines Empfindens war ihm selbst so auffällig, dass er nur ungern davon sprach, in der Befürchtung, dass man ihn auf Grund von ein paar betreffenden Zeilen in ein Irrenhaus stecken könne. Uebrigens ist die Feinfühligkeit von Vater und Mutter ererbt, — ein Beweis mehr dafür, dass die ganze Sache das Gebiet der psychischen Degeneration streift. Der Maler, der gleichwohl Hervorragendes in seinem Fache leistete, hatte von Jugend auf eine entschiedene Vorliebe für den Orient, während Alles, was vom Westen kommt, ihm widerwärtig ist, und diese Vorliebe spielt eine wesentliche Rolle in der phantastischen Auffassung der Worte, die er personifizirt. Namentlich sind es die grossen Initialen, die es ihm angethan haben und die einen verschiedenen Charakter für ihn bedeuten, je nachdem sie von rechts (Orient) oder links betrachtet werden. Es erscheint ihm das grosse A (nebenbei Repräsentant der hellblauen Farbe, wie K der der dunkelrothen) als ein menschenähnliches Wesen jugendlichen Alters von unschuldiger, heiterer, etwas kalter Sinnesart. B dagegen ist ca. 50 Jahre alt, gross und dick, bekleidet mit braunem Ueberwurf, gut und wohlwollend, bon et bienveillant (man bemerke den Einfluss der Initialen). So geht es das ganze Abc hindurch mit allerlei Seitensprüngen in Gestalten und Farbentönen, deren bildliche Darstellung ein Compendium der Physiognomik, reichhaltiger und phantastischer als die Lavater's, abgeben würde. Dem realistischen Untergrunde der Symbolisirung von Lauten und Zahlen fehlt überdies nicht eine gewisse religiöse Färbung, die sich z. B. in der Deutung des J, in Anspielung auf den Namen Jesus, ausspricht und in der Stadt Calvin's nicht wunderbar erscheint.

Claparède, Ed., Expériences sur la vitesse du soulèvement des poids de volumes différents. Archives de Psychologie I. f. 1. p. 69.

Bekanntlich werden Dinge von gleichem Gewicht, aber von verschiedenem Umfange (z. B. 1 Pfd. Blei und 1 Pfd. Federn) vom Auge oder der Hand falsch geschätzt. Ueber den Grund dieser Selbsttäuschung gehen die Meinungen der Gelehrten (*Charpentier*, *Flournoy*, *Dressler* u. a. m.) ausein-

ander. Der Verf. hat auf Grund seiner im physiologischen Institut des Prof. *Flournoy* in Genf angestellten Experimente an 8 Individuen sich für die Ansicht des letztern entschieden. Danach hängt die Wahrnehmung des Gewichtes eines Gegenstandes von der Geschwindigkeit ab, mit der er in die Höhe gehoben wird, nicht aber vom Augenmass, oder Tastgefühl.

Claparède's sorgfältige Analysen — mit Hilfe eines eigens konstruirten Apparates — beweisen, dass die gleichgewichtigen Gegenstände um so schneller erhoben werden, je grösser ihr Umfang ist. — Daher die Selbsttäuschung.

Man erinnert sich dabei eines Streites, der vor einigen Jahren (in Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane) über ein ähnliches Problem, die ungleiche Wahrnehmung zweier gleich langer Linien, geführt wurde.

Bouvier, *A. M.*, Les jeux de l'enfant pendant la classe. Archives de Psychologie de la Suisse Rom. I. 1. p. 45.

Das Bestreben, die ersten in Wort und Schrift sich äussernden Regungen der kindlichen Seele zu fixiren und wissenschaftlich zu betrachten, findet, wie in Sante de Sanctis ricerca psicologica nelle grafica infantile. I disegni dei bambini (Roma 1901) in des Verf. Aufsatz über die Kinderspiele während des Unterrichts — eine interessante, durch Abbildungen erläuterte Erörterung, ja Beschönigung. Die kindliche Unart, Bücher und Wände zu beschmieren — und die Aufmerksamkeit vom Unterricht abzuwenden, ist allerdings dem Lehrer eine verdriessliche Sache, — dürfte aber mit einigem Wohlwollen und mit Vorsicht betrachtet und geleitet nicht weniger unmittelbare Einblicke in die Neigungen und den Intellekt der Kinder gewähren, als es die *Lombroso*'schen, meistens schmutzigen Palimpsesten aus den Gefängnissen thun. Man wird sich nur vor der Gefahr zu hüten haben, jedem Lapsus der Feder oder des Griffels, wie es in gewissen archäologischen Zeichnungen der Fall gewesen, Werth und tiefere Bedeutung zuzuschreiben.

Ferrari, *G. C.*, De l'examen psychologique clinique des aliénés. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Nr. 132, Januar.

Der bekannte Chefredakteur der Rivista sperimentale di Freniatria in Reggio dell' Emilia hält es, vermuthlich behufs Anregung eines einheitlichen Verfahrens, für angemessen, in einer deutschen Zeitschrift seine Methode der Anwendung von mental tests in französischer Sprache mitzutheilen. — Die mental tests, die dazu bestimmt sind, die gewöhnliche subjektive Ermittelung der geistigen Individualität normaler wie kranker Personen auf experimentellem Wege objektiv zu ergänzen, lassen sich allerdings nur in eigenartigen psychologischen Instituten, wo die nöthigen Instrumente

vorhanden sind, mit Nutzen verwenden. Solcher Institute besitzen wir freilich noch wenige. *Ferrari* meint, ein derartiges klinisches Examen bei einigermassen artigen (sages) Geisteskranken lasse sich in Zeit von ca. 20 Minuten ausführen, wenn man das von ihm aufgestellte Schema (von 47 Fragen) streng befolge, wie es in dem von ihm geleiteten psychologischen Institut in Reggio geschieht. Gleichwohl ersehen wir aus einem (in der Riv. di Freniatria vol. XXVII fasc. II p. 522) mitgetheilten Gutachten der Herren Prof. *A. Tamburini*, DDr. *Baddaloni* und *Brugia*, wobei es sich um die Entmündigung eines Schwachsinnigen handelte, dass die von *Ferrari* selbst ausgeführte Untersuchung mit den mental tests 2 Stunden Zeit erforderte, was bei der Wichtigkeit des Falles nicht etwa als Vorwurf zu gelten hat.

In noch glänzenderem Licht erscheint die Verwerthung der mental tests in der wissenschaftlichen Pädagogik, für die Dr. *Pizzoli* vor 2 Jahren ein einzig dastehendes Laboratorium in Crevalcore bei Bologna geschaffen hat, das mit seinen bewundernswerthen Erfolgen an 800 Kindern des Asyls und der Elementarschulen ein Vorbild für Italien und das Ausland zu werden verspricht. (*Ferrari* in Riv. d. Fren. XXVII p. 618.)

Vaschide et Vurpas, Le délire de Métaphysique. Revue scientifique, 10 Août 1901.

An einem 36jährigen, erblich nicht belasteten Juristen, der im Pariser Weltleben ohne Beschäftigung vegetirte und seit 4 Jahren für nichts weiter Interesse hatte als für astronomische Grübeleien, analysiren die Verf. den Zustand, dem sie den Namen metaphysischen Wahn geben.

Dieser Zustand veränderter Lebensweise und erfolgloser Forschung nach Ursache, Ziel des Makrokosmus, ohne Befriedigung von Stufe zu Stufe, ohne persönlichen Halt, ohne Selbsterkenntniss war nach einem Duell und Erkrankung von fünfmonatiger Dauer entstanden. An Furcht vor dem Tode hatte O. immer gelitten, — und diese sehen die Verf. als den Ausgangspunkt seines Leidens an.

Weygandt, W., Würzburg, Hirnanatomie, Psychologie und Erkenntnisstheorie. Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie XXIV, Januar.

Des Verf. Kritik wendet sich namentlich gegen Prof. *Edinger*'s am 26. Mai 1900 vor der Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden gehaltenen Vortrag über Hirnanatomie und Psychologie mit der Insinuation, dass dem betr. Kreise der Zuhörer „eine intensivere Schulung zu wünschen wäre, als aus der fast einmüthigen Akklamation der damals vorgetragenen Anschauungen zu entnehmen war". „Die Mehrzahl unserer Neurologen glaubt nur darum etwas von Psychologie

zu verstehen, weil sie sich auch unter Anderem mit den Krankheiten des Zentralnervensystems beschäftigen, woraus ebensowenig ein Verständniss für das psychische Leben resultirt, wie etwa aus laryngologischen Studien Verständniss für den Kunstgesang oder für Musik". Zunächst wird *Adamkiewicz:* Zur Mechanik des Gedächtnisses (Ztschr. f. klin. Mediz. XL) mit seinem 2jährigen Kinde und seinem Melodiengedächtniss als abschreckendes Beispiel abgethan. *Edinger*'s Verdienst um die Hirnanatomie und seine Eruirung von werthvollem Thatsachenmaterial auf psychologischem Gebiete wird freudig anerkannt, — desgl. die Aufgabe des Anatomen, die Mechanismen zu ermitteln, welche die Aufnahme von Eindrücken und ihre Umwandlung in motorische Vorgänge ermöglichen. —

Aber *Edinger*'s und seiner Genossen Weltanschauung ist, wie auch *Storck* ihm vorwirft, der naive Materialismus, und die moderne Psychologie verlangt nach mehr, nach Einsicht dessen, was hinter den Dingen steckt, — worüber die Materialisten hinwegsehen — als hätte es nie einen *Kant* gegeben.

Gazette médicale de Paris No. 47, 24. November 1900.

Nekrologie: 1. Dr. *Durand* (*de Gros*), geb. 16. Juni 1826 gest. Nov. 1900, auch unter dem Pseudonym Dr. *Philips* durch physiologische und philosophische Schriften sehr bekannt, namentlich aber durch seinen Cours de Braidisme von 1860, den wissenschaftlichen Vorläufer der Schulen der Salpétrière und Nancy.

2. *Donato*, berüchtigter Magnetiseur im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts, geb. 1840 in der Gegend von Lüttich, hiess eigentlich *Alfred D'Hont* und starb, 60 Jahre alt, in Maison de St. Jean-de-Dieu.

---

2. Psychophysik.

Ref.: Arthur Wreschner-Zürich.

Ranschburg, *P.*, Apparat und Methode zur Untersuchung des (optischen) Gedächtnisses für medizinisch- und pädagogisch-wissenschaftliche Zwecke. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie Bd. X, S. 321—333.

Verf. schildert zunächst die Versuche von *Müller-Schumann* resp. *Pilzecker* und *Finzi*. Da der Rotationsapparat einerseits Schwindel häufig erzeugt, anderseits eine von der Temperatur abhängige Geschwindigkeit besitzt, konstruirte er einen Apparat, der für psychophysische Versuche wie für ärztliche und pädagogisch-psychologische Untersuchungen brauchbar

ist. Denn so sehr auch der Psychiater vor Allem die Veränderungen der geistigen Function in vivo erforschen muss, so wenig kann er doch eine lange Vorbildung im psychophysischen Laboratorium geniessen. Der Apparat — von *E. Zimmermann* hergestellt — besteht aus einem optischen Apparat, einem Metronom für Stromschluss und einem Morse-Taster, combinirt mit einem Schalter für die 2. Kontakt-Schale des Metronom. Alle 3 Theile werden in den Stromkreis eingeschaltet. In den optischen Apparat werden kreisförmige Reizscheiben aus Karton, die durch 60 Radien in 60 Felder getheilt sind, eingeschaltet; auf die Felder werden die Reize geschrieben, gedruckt oder geklebt. Bei jedem Stromschluss wird ein Feld hinter dem Spalt des Deckels sichtbar und bleibt bis zum nächsten Stromschluss unbewegt; die Anzahl der Wiederholungen einer Reizscheibe kann an einem Tourenzähler abgelesen werden; das Intervall zwischen 2 Stromschlüssen kann durch Einstellung des Pendels am Metronom zwischen $^1/_4$—3 Sek. variiren; durch Niederdrücken des Tasters kann das Weiterspringen der Scheibe inhibirt und an den Metronomschlägen die Reproduktionsdauer annähernd bestimmt werden; bei psychophysischen Arbeiten wird der Apparat mit einem *Hipp*'schen Chronoskop und Schallschlüssel in Verbindung gebracht. Zu Gedächtnissversuchen findet er in der Weise Verwendung, dass 15 sinnvolle Wortpaare, unter Benutzung der verschiedenartigsten Assoziationen, jedoch mit Ausschaltung der nach Klang, Reim, Wortergänzung und sprachlicher Reminiszenz zum aufmerksamen Lesen vorgeführt werden, um nachher beim Erscheinen des 1. beider Wörter, das immer einsilbig ist und als Reizwort dient, mit dem zugehörigen 2-silbigen Paarworte zu reagiren; fällt dieses nicht innerhalb von 15 Sek. ein, dann wird es gesagt; das ganze so zusammengestellte Material enthält 500 Wortpaare. Ebenso viele Paare setzte Verf. zusammen, bei denen zwischen den beiden Theilen des Paares weder dem Sinne noch dem Klange nach eine Verwandtschaft erkennbar ist; sinnlose Silbenpaare sind für nicht disziplinirte Versuchspersonen zu Unlust erregend. Das Zahlengedächtniss wird mit assoziirten Zahlenpaaren oder mehrstelligen Zahlen geprüft, von denen bei der Prüfung nur die 1. erscheint und die übrigen durch Punkte angedeutet sind. Auch die Methode der Massen, Zeitpunkte, Strassennahmen, Geldsorten assoziirten Zahlen kann angewendet werden. Abgesehen von der Qualität der Reize kann ziffernmässig ausgedrückt werden: 1. die Zahl der eingeprägten Reizpaare, 2. die Expositionsdauer, 3. die Dauer eventueller zwischen die einzelnen Reize eingeschobener Pausen, vertreten durch leere Felder, 4. die Wiederholungszahl der Reize, 5. die Zeitdauer zwischen Erfassung und Ausfragung (Latenzzeit), 6. Umfang des Gedächtnisses, 7. Reproduktionszeit, 8. Sicherheit des Gedächtnisses (s. die andere hier referirte Arbeit des nämlichen Verf.). An Versuchen an einem gebildeten, normalen Menschen bei einer Expositionsdauer von 2 resp. 1 Sek., einer Latenzzeit von 6 resp. 11 Sek., mit Einschiebung von leeren Feldern und ohne diese, bei sinnvollen und sinnlosen Wort-

associationen, bei einmaligem wie wiederholtem Lesen, bei einmaliger wie nach 2 oder 4 Tagen wiederholter Prüfung wird all dies erläutert; es zeigte sich zweckmässig, zu unterscheiden zwischen der automatischen Reproduktion in der 1. Sek., der schon willkürlichen in der 2. Sek. und der gesuchten in der 3.—15. Sek. Auch der Einfluss der Individualität, Uebung, Ermüdung, Zerstreutheit und anderer innerer Zustände lässt sich mit diesem Apparat rascher und übersichtlicher feststellen als mit dem Chronoskop. Auch Auffassungsversuche sind mit ihm ausführbar: 1. In jedem zweiten Felde einer Reizscheibe befinden sich gleich grosse farbige Reize in verschiedener Anzahl; Farbe, Grösse, Distanz und Zahl der Reize, ebenso die Expositionsdauer sind leicht zu bestimmen. 2. Mehrstellige Zahlen, sinnlose Silben, ein- und mehrsilbige Wörter werden als Reize benutzt und die Zahl der richtigen Lesungen bei verschiedener Expositionsdauer oder die minimalste Lesezeit für die genannten Reize wird gesucht. 3. Einfache homogene optische Reize, z. B. Punkte verschiedener Anzahl und Grösse, werden angebracht und die grösste Zahl der fehlerlos aufgefassten Reize, die Grösse der Ueber- oder Unterschätzung durch Vergleich der Angaben mit den thatsächlich vorgeführten Reizen wird ermittelt. — Auch die annähernde Zeit für freie Association oder verschiedene Reihenfunktionen ist durch Niederdrücken des Tasters messbar.

Auf Grund eigener Versuche fand ich bei diesem Apparate das laute Geklapper störend; auch springt der Reiz, namentlich bei kleinen Expositionszeiten, nicht immer gleichmässig in den Spalt. Im Uebrigen verdient der Apparat empfohlen zu werden.

Stern, L. W., Ueber Psychologie der individuellen Differenzen (Ideen zu einer „differentiellen Psychologie“). Schriften der Gesellschaft für Psychologische Forschung, Heft 12.

Was bisher bei den Arbeiten der generellen Psychologie als Fehlerquelle galt, die individuellen Unterschiede, sucht Verf. zu einer selbständigen psychologischen Disciplin zu verwerthen und definirt als die Aufgabe der differentiellen Psychologie 1. die Differenzen selbst, 2. deren Bedingungen, 3. deren Aeusserungen festzulegen, so dass sie in eine Differenzenlehre, differentielle Psychophysik und Symptomenlehre mit Diagnostik zerfällt. Nur dem ersten dieser 3 Theile, der bisher am meisten vernachlässigt wurde, obgleich er die Voraussetzung der beiden andern ist, gilt dies Buch, das allerdings das vorhandene Wissen und Meinen zur groben Orientirung benutzen will, aber um es „gründlich um- und durchzuarbeiten“ und in die schon bekannten Zusammenhänge exakten Wissens einzuordnen. „Die Eigenschaften“ der natürlichen Menschenkenntniss sind demnach nicht Erklärungsprincipien, sondern „erklärungsbedürftige Komplexe“; sie sind noch Rudimente der alten Vermögenslehre und müssen sich als besondere Daseinsformen, Varietäten einer generellen psychischen Erscheinung auf-

weisen lassen. Hierzu ist als Ruhepunkt des Denkens der Begriff des „psychischen Typus“ nöthig: „Aus der ungeheuren Breite der Differenzirungsmöglichkeiten irgend einer psychischen Funktion heben sich stets einige Gegenden charakteristischen Gepräges heraus.“ Diese Gegenden oder Punkte heissen Typen und dienen als Prinzipien der Eintheilung und Zurechtfindung; sie sind nicht scharf von einander abzugrenzen, sondern um ihre ideale Form gruppiren sich in stetiger Abstufung andere, die zu den benachbarten Typen derselben Funktion überleiten, so dass der type mixte in Wirklichkeit am häufigsten vorkommt. In jedem Individuum giebt es eine Anzahl von Typen, so dass die differentielle Psychologie auch die Beziehungen der Typen zu untersuchen hat; hierbei dürften sich ergeben komplexe Typen oder Typenkomplexe, je nachdem die einzelnen Typen eines Individuums in innerer Beziehung und Abhängigkeit zu einander stehen oder nicht; die „Eigenschaften“ der Laienpsychologie sind zumeist komplexe Typen; diese können analytisch oder synthetisch erforscht werden: dort geht man von dem bekannten Gesammtbilde aus und sondert die einzelnen Elemente, hier legt man die typischen Besonderheiten einfachster psychischer Gebilde zu Grunde und sucht nach ihrem funktionellen Zusammenhang; beide Methoden ergänzen sich: dort erklärt man alte, hier findet man neue Typen. Die Individualität ist nun die Synthese innerlich vieler Typen; die Wissenschaft kann sie höchstens charakterisiren, kann höchstens diejenigen seelischen Funktionen bestimmen, deren Variationsformen als spezifische Kennzeichen einer Individualität gelten dürfen. Auch geht keine Individualität restlos in den Gesetzmässigkeiten und Typen auf, sondern stellt etwas Singuläres dar, so dass sie die Asymptote der Wissenschaft ist, die der künstlerischen und metaphysischen Betrachtungsweise vorbehalten bleibt, welche jedoch beide mit der differentiellen Psychologie in fruchtbarem Gedankenaustausch einst werden treten können und müssen. Dieses Verhältniss haben nicht genügend beachtet *Dilthey* in seiner „vergleichenden Psychologie“ und *Dessoir* in seiner „Psychognosis“. Den Schluss dieser Ausführungen über „Wesen und Aufgabe“ bildet eine Kritik der Begriffe „normal“ und „abnorm“. Als „Norm“ galt bisher eine a priori aufgestellte oder aus wenigen Beobachtungen abstrahirte Idealform, die nicht einmal näher bestimmt wurde; alles von ihr Abweichende gilt als abnorm. Die Norm ist aber kein Punkt, sondern eine Strecke. Die Breite des psychisch Normalen muss zunächst durch Eruirung sämmtlicher vorkommender Varietäten einer psychischen Funktion oder Disposition festgestellt werden, und die relativ seltenen sind dann als abnorm zu bezeichnen. Es wird sich dann zeigen, dass für normal und abnorm häufig „typisch“ und „atypisch“ einzusetzen ist und die Uebergänge vom Normalen zum Abnormen fliessend sind.

Die Methoden der differentiellen Psychologie sind: 1. Die Selbstbeobachtung, die durch Konstatirung der Wandlungen desselben psychischen Prinzips zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Umständen,

ferner als Mittel, die an anderen beobachteten Eigenthümlichkeiten in sich, nur in anderer Stärke, Art und Konstellation nachzubilden, um sie so in ihre Elemente zu zerlegen und zu verstehen, von Wichtigkeit ist. 2. Die Beobachtung, die natürlichste und selbstverständlichste Methode, namentlich wenn man die Reaktionen verschiedener Individuen auf gleiche Reize z. B. in Gefängnissen, Schulen, Kasernen wissenschaftlich ausnutzen würde. In Betracht kommen nicht nur normale, sondern auch abnorme Menschen, die einen Typus oft in besonderer Reinheit und Stärke darstellen, sei es als Irrsinnige oder als Mindersinnige (Blinde, Taube) oder als Spezialgenies (Rechenkünstler u. A.). 3. Verwerthung von Geschichte und Poesie, wobei grosse Vorsicht nöthig ist, da die historischen Helden nicht immer objektiv geschildert sind und die dichterischen Charaktere keine wirklichen Individuen sind; aber taugen sie auch nicht als Argumente, so sind sie doch als Paradigmata sehr wichtig. 4. Kulturstudium, das namentlich die individuellen Unterschiede der Völker, Rassen, Epochen, Stände und Geschlechter aufweist, aber bisher zu psychologischen Zwecken noch wenig benutzt wurde. Denn die sog. Völkerpsychologie ist mehr eine generelle Psychologie des Volksgeistes, wie er sich in Sprache, Mythos, Sitte u. dgl. äussert. Daher auch noch keine rechte Fühlung der Psychologie mit Literatur- und Sprachwissenschaft, Ethnologie, Jurisprudenz etc., die es gerade mit den differentiellen Einzelheiten und Eigenarten zu thun haben. Das Gleiche gilt von der Sozialpsychologie. Eine differentielle Kulturpsychologie muss unsere Kenntniss von den seelischen Differenzirungsmöglichkeiten erweitern, macht das kulturwissenschaftliche Material erst verwerthbar und giebt die psychologische Grundlage für die spezielle Kulturwissenschaft. 5. Massenprüfung (Enquête). Da Selbstbeobachtung und richtige Darstellung ihrer Ergebnisse nicht jedermanns Sache ist, andrerseits manche Probleme, z. B. Häufigkeit eines Typus, nur statistisch zu lösen sind, so ist die Inanspruchnahme der Mitarbeit anderer geschulter Fachmänner unter Benutzung der Laboratorien, Zeitschriften, Kongresse etc. hierbei unersetzlich. 6. Das Experiment; schon das im Dienste der generellen Psychologie angestellte liefert zahlreiche individuelle Differenzen; wichtiger ist das eigentlich differentiellpsychologische, das jedoch nicht im Sinne der „mental tests“ zu fassen ist, auch nicht wenn diese nach dem Vorschlag *Battell*'s, *Münsterberg*'s, *Jastrow*'s nur auf Sinneswahrnehmung, Sinnesgedächtniss und motorische Aktion oder nach *Kraepelin* auf die Leistungsfähigkeit für gewisse einfache Thätigkeiten beschränkt werden. Vielmehr muss es sich hier um „exakte Spezialuntersuchungen handeln, die geeignet sind, Aufschluss zu geben über die Variationsweisen und die typischen Erscheinungsformen bestimmter Einzelgebiete“.

In dem 2. Abschnitt wird eine Uebersicht über einige Gebiete seelischer Differenzirung und ihre experimentelle Bearbeitung gegeben, die neben einer Zusammenstellung der bisherigen in Betracht kommenden Arbeiten einige Anregungen, Vorschläge und Andeutungen des

Verf. enthält. Am wenigsten greifen die Sinnesempfindungen in das Innerste der Individualität ein; im übrigen sind alle Methoden der generellen Psychologie bei der Untersuchung der Sinnesempfindungen ohne Weiteres auf die differentielle Psychologie übertragbar. Hierbei ist jedoch zwischen „natürlicher Unterscheidungsfähigkeit“ und „wirklicher Empfindlichkeit“ zu trennen. Jene ist bedingt durch Anlage und Uebung und zeigt sehr weitgehende individuelle Uuterschiede; diese dagegen hat es mit der wirklichen Verschiedenheit des Empfindungsmaterials zu thun, ihre Grenzen sind nicht durch psychische Bedingungen wie Aufmerksamkeit, Willenskraft, Uebung etc. verrückbar und ihre individuelle Differenzirung ist wahrscheinlich nicht sehr gross. Man wird daher der Sinnesempfindlichkeit keine allzu hohe Bedeutung für das Entstehen komplexer Typen beimessen können, wenn auch in negativer Beziehung die geringe Ausbildung des Empfindungsmaterials das Zustandekommen von Typen höherer Ordnung verhindert. Wichtiger ist der Anschauungstypus, d. h. die qualitative Bedeutung eines bestimmten Sinnesgebietes für das Anschauungsleben. Bei den meisten überwiegt nur ein bestimmter Anschauungstypus — der visuelle oder akustische oder motorische — und ist auch dann gewisser quantitativer und qualitativer Wandlungen fähig, so bestimmend er auch für Beruf, Schicksal etc. ist; am reinsten tritt er bei Malern und Musikern hervor, wo er das ganze Seelenleben beherrscht und die künstlerische Begabung ausmacht. Seine Bestimmung erfolgt nach den Arbeiten *Fechner*'s, *Stumpf*'s und *Kraepelin*'s durch die Stärke und Sicherheit, mit der eine bestimmte Gruppe von Sinneseindrücken reproducirt wird. Das Gedächtniss für einfache Sinneseindrücke ist in seiner Sicherheit und Dauer nach analogen Methoden wie die Unterschiedsempfindlichkeit messbar, nur muss Eindruck und Reproduktion oder Vergleichung durch ein Intervall getrennt werden. Auch wird man zweckmässiger Weise den Antheil einer bestimmten Anschauungssphäre an komplexeren Funktionen, z. B. Sprache und Raumanschauung, bestimmen, wie dies *Cohn* und *Heller* thaten. Von dem materialen Anschauungstypus ist der formale zu scheiden, namentlich zeigt sich dieser in Bezug auf die zeitlichen Verhältnisse: der Eine beachtet und behält mehr den Rhythmus, der Andere die Melodie: auch für die Abschätzung zeitlicher Vorgänge dient bald der Zeitablauf, bald das sinnliche Material, wie *Meumann*, *Giuccardi* und *Ferrari* nachwiesen. Ebenso giebt es aber in Bezug auf die räumlichen Phänomene zeichnerische und malerische Verwerthung. — Beim Gedächtniss handelt es sich zunächst um die Güte, insofern die formalen Beziehungen unabhängig sind von der inhaltlichen Differenzirung der Spezialgedächtnisse und durch das gegenseitige Verhältniss der Schnelligkeit der Einprägung und Dauer des Behaltens bestimmt wird; jene ist von *Oehrn* wenn auch zum Studium der Uebung und Ermüdung, diese namentlich von *Ebbinghaus* untersucht worden. Auch die von so vielen Faktoren abhängige Treue des Gedächtnisses ist zu beachten, da es sich gewöhnlich um komplexe Vorstellungsreihen handelt;

das Versuchsmaterial muss daher hier sinnvoll sein, z. B. wiederzugebende Fabeln, Anekdoten, wie sie *Binet-Henri* zur Prüfung der Aneignung anwandte und wie sie leicht zur Prüfung des Behaltens bei wiederholter Reproduktion und verschiedenen Intervallen verwendet werden können. Die Differenzirung im Gedächtnissinhalt ist nur der Kreuzungspunkt mehrerer Momente, des Anschauungstypus, einer bestimmt gerichteten intellektuellen Anlage und der dynamischen Gesammtanlage der Gedächtnissfunktion. — Weniger zu erwarten ist, abgesehen von der Analyse der Träumerei u. dgl., von Assoziationen wie sie z. B. von *Münsterberg* und *Aschaffenburg* untersucht wurden. Nicht nur erschöpfen solche künstliche Associationen nicht das Denken, sondern das geantwortete Wort ist eine beliebige, isolirte Vorstellung in dem bunten „Hin und Her und Auf und Ab“ der durch das Reizwort angeregten Vorstellungen. — Dagegen verdienen die Auffassungstypen hohe Beachtung, insofern Auffassen der Akt ist, durch den ein Wahrnehmungsinhalt innerlich angeeignet, verarbeitet und mit dem früheren Vorstellungsbestand verknüpft wird. Schon der letztere wechselt von Mensch zu Mensch, ebenso die Geschwindigkeit des Auffassens wie *Cron* und *Kraepelin* nachwiesen. Namentlich aber ist die ganze Form der Auffassung individuell sehr verschieden, wie schon Schulaufsätze über dasselbe Thema, namentlich aber Versuche mit einfachen Thatbeständen z. B. Wiedergabe eines gehörten oder gelesenen Prosastückes oder die *Binet*'schen Beschreibungen eines optischen Eindruckes (Bild oder Cigarette) zeigen und den Gegensatz von objektiven und subjektiven Typen hervortreten lassen. In Zukunft müssten an demselben Individuum die verschiedensten Prüfungsarten vorgenommen werden. — Bei der Aufmerksamkeit kommt die Verfassung in Betracht, die entweder die Form der Koncentration z. B. im Mathematiker oder der Elastizität, z. B. in dem beobachtenden Naturforscher annimmt; es ist also die Ablenkbarkeit durchaus kein absoluter Mangel, wie *Kraepelin* meint, sondern in richtiger Mischung mit der Widerstandsfähigkeit das Wünschenswerthe und Normale; dient doch die Aufmerksamkeit nicht nur zur Vollbringung einer Einzelleistung, sondern auch dazu, sich in der Welt mit immer neuen Eindrücken und Anforderungen zurechtzufinden, das Experiment hat zunächst den Herd der Ablenkbarkeit festzustellen; bisher ist nur das der dauernden Ablenkung gemessen worden und zwar von *Kraepelin* durch den Vergleich der Leistungen z. B. des Addirens in ihrer Güte und Menge mit und ohne ablenkende, in ihrer Intensität variable Reize; auch die Empfindlichkeitsmessung wäre hierzu verwendbar. Auch die individuelle Gewöhnungsfähigkeit an die Ablenkung muss experimentell ermittelt werden; erst wenn diese bei grosser Ablenkbarkeit gering ist, dann ist die Verfassung der Aufmerksamkeit mangelhaft, sonst handelt es sich um eine plastische Aufmerksamkeit. Noch charakteristischer ist das Verhalten zur momentanen plötzlichen und unbekannten Störung, die durch Festlegung der eben störenden Grösse allmählich sich verändernder Reize aus den verschiedensten Sinnesgebieten

messbar wäre; natürlich muss vor jedem Versuch die Störung als unbeabsichtigt glaubhaft gemacht werden, vielleicht durch dazwischengeschobene ungestörte Experimente. Ferner ist das Verhältniss der Ablenkbarkeit zur Energie der Aufmerksamkeit zu entscheiden: als Maass der letzteren hat Quantität und Qualität von unter normalen Verhältnissen vollbrachten Leistungen verschiedener Individuen zu gelten. Schliesslich wäre die Aufmerksamkeit in Beziehung zur Schlaftiefe zu untersuchen, da zwischen Erwecktwerden und Abgelenktwerden eine grosse Analogie herrscht, die durch den Vergleich des Störungswerthes des nämlichen Reizes für beide zu erweisen wäre. Die starke Variation der Schlaftiefe erfordert viele Versuche an derselben Person. Sehr wichtig für die geistige Tüchtigkeit ist die Kombinationsfähigkeit, die nach der *Ebbinghaus*'schen Methode unter den beiden Abänderungen messbar ist, dass man aus einer bestimmten nicht zu kleinen Anzahl von zusammenhanglosen Wörtern, am besten Substantiva, unter Innehaltung der gegebenen Reihenfolge und thunlicher Vermeidung neuer Substantiva einen möglichst knappen sinnvollen Zusammenhang herstellen lässt; in analoger Weise wären aus einzelnen gegebenen Buchstaben Wörter zu bilden, in denen nicht jeder gegebene Buchstabe vorzukommen braucht und der nämliche sich mehrmals wiederholen darf; messbar ist in beiden Fällen nur die Geschwindigkeit, während die Beurtheilung der Qualität der Einsicht des Experimentators vorbehalten bleibt. — Von ganz besonderer Bedeutung ist das Urtheilen, das eine aktive Stellungnahme der ganzen Persönlichkeit zu dem jeweiligen Inhalt ist; messbar ist sie durch die Methoden der Unterschiedsempfindlichkeit, wobei es sich nicht bloss um Empfindungs- sondern auch um Urtheilsverhältnisse handelt. In Betracht hierbei kommt 1. die Entschiedenheit, die um so grösser ist, je weniger das Urtheil abgestuft und differenzirt wird, und die von der Feinheit der Unterschiedsempfindlichkeit unabhängig ist. 2. Die Zuverlässigkeit d. h. die Vermeidung möglicher Fehler z. B. Bestimmung des Wahrnehmungsmoments bei allmählich und in verschiedenen Richtungen sich ändernden Reizen im Wechsel mit konstanten; auch das Verfahren von *Cron* und *Kraepelin* ist hier anwendbar. 3. Suggestibilität d. h. „Beeinflussbarkeit ohne Wissen und Willen“, der Unterschied zwischen Auto- und Fremdsuggestion ist hier ohne Belang man braucht nur Erwartung gegen Wahrnehmung ins Spiel treten zu lassen, entweder durch dauernde, natürliche Association, wie dies *Gilbert* und *Scripture* bei ihren Gewichtsversuchen thaten oder durch momentane, gelegentliche Gründe z. B. durch Erläuterungen und Anweisungen vor den Versuchen, wie dies *Seashore* ausführte bei Registrirung einer Veränderungswahrnehmung; auch die Versuche von *Binet-Henri* mit verschiedenen Riechflaschen kommen hier in Betracht. Endlich hat Verf. durch einige schon veröffentlichte Versuche über die Wahrnehmungsschwelle, allmählicher Veränderung verschiedener Geschwindigkeit, den Unterschied zwischen objektivem und subjektivem Urtheilstypus ermittelt, indem die eine Versuchs-

person möglichst passiv auf den Eindruck wartet, die andere ihn erwartet. Verf. glaubt so einen komplexen Typus in seine elementaren Aeusserungsformen zerlegt zu haben. In Zukunft müssten solche Versuche an Vielen angestellt und das Normale gegen das Pathologische scharf abgegrenzt werden. Auch gilt die Unterscheidung zwischen subjektiven und objektiven Typen nicht nur vom Urtheil, sondern auch vom Auffassen und motorischen Reagiren. Denn im Anschluss an *Baldwin* und *Flournoy* begnügt sich Verf. nicht mit der üblichen Scheidung der Reaktionstypen in sensorielle und muskuläre, sondern glaubt, dass die sich kontemplativ verhaltenden Objektiven sensoriell, die alles auf sich beziehenden Subjektiven muskulär besser reagiren; für jene ist der Reiz die Ursache, für diese die Auslösung der Bewegung; die Wirklichkeit zeigt natürlich viele Abstufungen zwischen diesen beiden Extremen, was ja auch die experimentellen Ergebnisse bestätigen. Deutlicher als bei den bisherigen eintönigen Versuchen wäre der Unterschied zwischen den beiden genannten Reaktionstypen durch unregelmässigen Wechsel der nachher von der Versuchsperson anzugebenden Qualität oder Intensität des Reizes in der einen und durch jedesmalige von dem Versuchsleiter bestimmte Aenderung des reagirenden Fingers bei konstantem Reize in der anderen Reihe herbeizuführen. — Weniger zugänglich der differentiellen Psychologie dürften die Gefühle sein. Denn ob jemand bestimmte Rechteckproportionen oder Farbenkombinationen oder Tonzusammenklänge am angenehmsten findet, ist für die Individualität nebensächlich, während die persönlichen Differenzen in Bezug auf die komplexeren Gefühlsinhalte wie Literatur, Kunst etc. nur der feinfühligen Befragung durch die Psychologie zugänglich sind. Mehr Ausbeute ergiebt die Dynamik des Gefühlslebens. Denn alle Eigenschaften des Wahrnehmungsurtheils kommen auch dem Gefühlsurtheil, den Aussagen über Wohlgefallen oder Missfallen zu; der Entschiedene z. B. wird nur ein Tempo als das adäquate für eine Melodie oder für die Schlagfolge des Metronoms bezeichnen; namentlich dürfte es von Interesse sein, zu konstatiren, ob die Entschiedenheit beim Wechsel des Gefühlsinhalts konstant bleibt. Zuverlässigkeit ist hier Uebereinstimmung mit sich; man müsste hierbei die Konstanz eines Gefühlsurtheils bei demselben Inhalte zu verschiedenen Zeiten ermitteln. Die Gefühlsreaktion, d. h. die körperliche Rückwirkung der Gefühle ist ebenfalls von Bedeutung und in den verschiedensten Methoden erforscht, nur hält Verf. es für schwierig, die wichtigsten Gefühle, z. B. Freude uud Trauer, Neid und Mitleid künstlich herbeizuführen, wenn man nicht zu ästhetischen Scheingefühlen greift, z. B. zur Recitation eines Dramas, Vorführung von Bildern u. dgl. Das psychische Tempo, d. h. „das adäquate Zeitmass einer Tonfolge", ist vom Standpunkte der subjektiven Auffassung bisher noch nicht sehr berücksichtigt worden, obgleich jedes Individuum bei jedem Vorgang ein bestimmtes Tempo bevorzugt und womöglich wählt; es ist „die natürliche Ablaufsgeschwindigkeit des psychischen Lebens überhaupt". Alter wie Ge-

schlecht, Nationalität wie Rasse unterscheiden sich hierin beim Sprechen, Tanzen, Gehen etc. Die messende Psychologie hat nicht nur die Maxima und Minima, sondern auch die Optima zu berücksichtigen; ein Allen zugängliches, einfaches und reines Mittel hierzu ist das Klopfen eines Dreitakts, z. B. mit dem Bleistift auf dem Tisch; jeder findet leicht ein ihm adäquates Klopftempo und der Versuchsleiter hat nur mit der Uhr die Anzahl der in einer bestimmten Zeit, z. B. in einer halben Minute geklopften Takte festzustellen; dieser Versuch ist zu verschiedenen Tageszeiten zu wiederholen; Verf. stellte die Versuche an Personen verschiedenen Alters an; vielleicht wäre auch eine graphische Registrirung der Tempi in Betracht zu ziehen, um auch die Form des Rhythmus, die Dauer und Kraftanwendung bei den einzelnen Stössen festzustellen. — Das letzte Kapitel handelt von psychischer Energetik, d. h. dem Getriebe seelischer Energieentfaltung „in seiner Stärke und seinem Ablauf, seinem Auf und Nieder". Namentlich *Kraepelin* hat ihre Bedeutung für die individuelle Charakteristik, wenn auch unter anderem Namen, erkannt und experimentell untersucht. Zu prüfen ist zunächst ihr allgemeiner Ablauf im Individuum, dann ihr Verhalten unter besonderen Umständen. Jener ist noch wenig untersucht und zeigt eine Tageskurve mit zwei Maxima (Vor- und Nachmittags) und drei Minima (Morgens, Mittags und Abends); die Varietäten dieser Kurve je nach der Individualität sind jedoch noch unbekannt; um sie zu ermitteln, eignet sich der erwähnte Klopfversuch, der, abgesehen von den genannten Vorzügen, die Energie nicht sehr beeinflusst und häufig wiederholt werden kann: „Die Tempi, in denen ein Individuum zu verschiedenen Zeiten einen dreitheiligen Rhythmus klopft, geben ein Spiegelbild des Ablaufs seiner geistigen Frische." Verf. giebt von sich und seiner Frau eine derartige Klopfkurve von 11 resp. 14 Versuchen an einem Tage an, die nähere Beziehung zur *Kraepelin*'schen Unterscheidung zwischen Morgen- und Abendarbeitern hat. Das Gegentheil hierzu wäre die Nachtkurve des psychischen Energieersatzes; wies doch *Michelson* Beziehungen zwischen den Morgen- und Abendarbeitern zu ihrer Schlaftiefe nach. Auch die kleinen Oscillationen der psychischen Energie, die Schwankungen der Aufmerksamkeit, kommen hier in Betracht; je grösser die Schwankungen, umsomehr ist die unbefangene Receptivität beeinträchtigt. Das Verhalten der Energie unter besonderen Umständen, die Arbeitseigenschaften, sind von *Kraepelin* und seiner Schule eingehend untersucht, der die Geschwindigkeit und Qualität der psychischen Arbeit beim Addiren, Lesen, Associiren etc. bestimmte. Von Bedeutung ist zunächst die absolute Arbeitsfähigkeit, wie sie *Oehrn* durch Zählen von Buchstaben, Diktatschreiben etc. untersuchte. Wichtiger aber sind die Arbeitsänderungen bei fortgesetzter, unterbrochener, wiederholter und modifizirter Arbeit, sodass sich Uebung, Ermüdung, Anregung, Antrieb, Gewöhnung und Erholung ergeben. Alle Arbeitseigenschaften betreffen das körperliche wie das geistige Leben. Von Interesse wäre, festzustellen, ob wirklich die

Ermüdbarkeit der Uebungsfähigkeit entspricht. Um die Ermüdung nicht durch die ermüdende Arbeit zu messen, eignet sich wieder das Tempoklopfen. — Den Schluss bildet eine eingehende wohlgeordnete Bibliographie mit zugehörigem Autorenverzeichniss. Das Problem, welches sich Verf. stellt, beansprucht ohne Zweifel ein hohes Interesse; auch weiss er mancherlei Wege zu seiner Lösung, sodass er mit gutem Recht behaupten kann „Ideen zu einer differentiellen Psychologie“ gegeben zu haben. Nur dürfte es fraglich erscheinen, ob mit einem derartigen blossen Programm, das zum grössten Theile nur einen schematischen Ueberblick über die bisherigen Methoden und Ergebnisse enthält, der Sache viel gedient ist. Zudem sind zuweilen wichtige Arbeiten nicht berücksichtigt. Ich erinnere nur an die bereits angestellten Versuche mit ästhetischem Scheingefühlen, an die Untersuchungen über den Einfluss des Rhythmus auf die Arbeit, der Störung auf das Auffassen und Merken. Für die Bedeutung der Associationsversuche lässt die Arbeit das richtige Verständniss vermissen. Die Definitionen bleiben allzu häufig an der Oberfläche und auch die sonstigen Ausführungen ermangeln einer genügend tiefen psychologischen Analyse allerdings zu Gunsten einer sehr flotten und anziehenden Diktion. Warum das Wort „Prüfling“ dem „Versuchsperson“ vorzuziehen ist, leuchtet nicht recht ein; ist doch der männliche Artikel von „Prüfling“ wiederum bei weiblichen Versuchspersonen störend.

Ranschburg, P., Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken. I. Vorläufige Mittheilung. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. IX, S. 241—259.

Merkfähigheit ist „diejenige psychische Fähigkeit, mittels deren ein Individuum gewisse in sein Bewusstsein eben eingestellte Zeichen beliebiger Art festzuhalten und nach bestimmter Zeit wiederzuerkennen resp. zu produziren im Stande ist“. Die Methode zu ihrer Bestimmung muss 1. zahlenmässigen Ausdruck auf einfacher Basis gestatten, 2. bei Allen anwendbar sein, um mittlere Normalwerthe, individuelle Schwankungen und so pathologische Verhältnisse feststellen zu können, 3. einen Massstab für die individuelle Beschaffenheit des besten Gedächtnisses abgeben und den Einfluss der Wiederholung, Zeit etc. feststellen, 4. für alle praktisch wichtigen Spezialgedächtnisse verwerthbar sein. Es wurden daher zunächst 15 Paare selbständiger Worte vorgesprochen, die bei den ersten 5 einen geläufigen Wortzusammenhang darstellten, z. B. Haus-Thor, bei den folgenden 5 im Verhältniss der Co- und Subordination, Causalität, räumlicher und zeitlicher Coexistenz etc. standen, z. B. Hand-Finger, und bei den letzten 5 klangverwandt waren, z. B. Eis-Eisen. Alle 15 Wortpaare, deren erstes Wort immer einsilbig war, wurden im gleichen Tonfall vorgesagt, so dass zwischen den beiden Worten eines Paares ca. $^1/_2$ und zwischen den einzelnen Paaren

1 Sekunde Pause verstrich. Unmittelbar darauf wurden unter 50 retouchirten Photographien 4 Herren-, 2 Kinder- und 4 Damenporträts je 3 Sekunden lang behufs späteren Wiedererkennens gezeigt. Sodann wurden sofort 5 auf weisse Blätter geklebte gleich grosse farbige Papierstreifen 3 Sekunden lang exponirt, deren jede dann die Versuchsperson unter 3 verschiedenen Nüancen wiederzuerkennen hatte. Hieran schloss sich unmittelbar ein Orientirungsversuch; ein Blatt weissen Papiers war in 393 Quadrate getheilt, unter denen 150 ordnungslos schwarz ausgefüllt waren, so „dass 100 Quadrate in den verschiedensten Figurationen zu 2, 3, 4, 5 an ihren Ecken mit einander zusammenhängen, 50 Quadrate dagegen unter die vorigen unregelmässig vertheilt, an allen Seiten von weissen Quadraten umgeben dastehen". Von den letzteren wurden 5 je 3 Sek. lang betrachtet, um sie sich nach Lage resp. Umgebung zu merken. Hierauf folgte die Reproduktion der I. und II. Gruppe, sodann wurden 5 Paare von Wörtern, die weder dem Sinne noch dem Klange nach zusammenhängen wie die 1. Gruppe eingeprägt. Hierauf wurden 5 der schon in der 2. Gruppe gezeigten Porträts mit Hinzufügung der Tauf- und Familiennamen, die bei Wiedervorzeigung der Porträts genannt werden sollten, gezeigt. Endlich wurden 5 Zahlen als Daten, Adressen etc. genannt, z. B. April der 24., damit dann die Versuchsperson bei Nennung des Wortes die zugehörige Zahl reproduzire. Dann folgte die Prüfung der III.—VII. Gruppe. Bestimmt wurde hierbei der Umfang des Gedächtnisses, indem jede richtige Reproduktion oder Wiedererkennung als Einheit galt; auf jede Unrichtigkeit wurde die Versuchsperson aufmerksam gemacht, korrigirte sie sie richtig, so galt sie als „berichtigte Fehlerinnerung" 1/2 Einheit, ebenso wie die halbe Reproduktion bei Zahlen und Namen, wobei jedoch auf den Unterschied des 1. und 2. Theiles geachtet wurde; unrichtige Korrekturen oder überhaupt nicht erinnerte Zeichen galten als Nullfälle und wurden sofort ersetzt oder korrigirt durch wiederholte Exposition. Die Ergebnisse wurden durch einfache Zeichen in ein vorliegendes Tableau eingetragen. Die Sicherheit des Gedächtnisses wurde durch die Prozente der berichtigten Fehlerinnerungen im Verhältniss zur Gesammtzahl der Erinnerungen bestimmt. Als Versuchsperson dienten 12 Realschüler im Durchschnittsalter von 12 Jahren, 12 Wärter im Durchschnittsalter von 28 Jahren, 13 Gebildete im Durchschnittsalter von 25 Jahren, 12 Neurastheniker im Durchschnittsalter von 39 Jahren und 21 Paralytiker im Durchschnittsalter von 40 Jahren. Ein Vergleich der Wärter mit den Gebildeten zeigte bei diesen einen grösseren Umfang auf allen Gebieten mit Ausnahme des Orientirungsgedächtnisses; am grössten war das Plus — mehr als das Doppelte — bei sinnlosen Wortverbindungen, bei den Zahlen und Namen. Die Sicherheit war bei beiden im Allgemeinen gleich, im Speziellen aber war sie für die Wörter dreimal, für Personen mehr als einmal und für Farben um ein Geringes grösser bei den Gebildeten als bei den Ungebildeten, während sie bei diesen grösser als bei jenen war in Bezug auf die Orientirung um das Doppelte,

in Bezug auf Namen und Zahlen um ein Viertel. Ein Vergleich der Knaben mit den Gebildeten ergab, dass der Umfang mit dem Alter wächst, am meisten — um das Doppelte oder mehr — bei sinnlosen Wortverbindungen und Namen, während sie bei den Farben für beide Alter gleich blieb und bei den Orientirungen durch das Alter etwas abnahm. Die Sicherheit ist im Allgemeinen bei den Erwachsenen doppelt so gross wie bei den Kindern; dies gilt auch von den einzelnen Arten, nur bei den Farben und Orientirungen ist die Sicherheit bei jenen nur unbedeutend grösser als bei diesen. Die Neurastheniker, die zu 75 pCt. gebildet und sämmtlich männlichen Geschlechts waren, abgesehen von 3 Entartungsneurasthenikern an cerebraler Neurasthenie litten und mit einer Ausnahme über hochgradige Gedächtnissschwäche klagten, zeigten eine bedeutende Abnahme des Umfangs bei den Wörtern, namentlich mit sinnloser Association, ferner bei Namen und in geringerem Grade bei Personen. Auch in Bezug auf die Sicherheit stehen sie weit hinter der Norm zurück ungefähr auf dem Niveau der Unerwachsenen; nur ihr Orientirungsgedächtniss ist übernormal sicher. Auch waren sie schon bei der III. und IV. Gruppe ermüdet und nach der Prüfung der I. und II. Gruppe ganz erschöpft; klagten über Kopfschmerzen etc. Diese Ermüdung machte sich auch in den Resultaten geltend, aber nicht in sehr auffälligem Grade; auch vasomotorische Störungen (Schweissausbruch, Blutwallungen) traten bei ihnen auf; endlich war bei ihnen eine Verlangsamung der Reproduktion vorhanden, die aber nicht gemessen wurde. — Die Paralytiker, von denen 1/2 gebildet war, machten z. Th. die Aenderung nöthig, dass zunächst Gruppe I—IV gezeigt und geprüft wurde und dann erst Gruppe V—VII vorgenommen wurde. Es zeigte sich in Bezug auf den Umfang eine mehr oder minder gänzliche Zerstörung der verschiedenen Spezialgedächtnisse, namentlich bei Wörtern, Orientirungen und Namen; nur das Personen- und Farbengedächtniss war noch einigermassen erhalten, aber auch nur noch in dem halben Werthe von dem der Neurastheniker. Auch die Sicherheit ist tief gesunken. Dagegen war hier kein Klagen über Ermüdung, auch kein Suchen nach Erinnerungen, so dass die Zeitdauer der Reproduktion nicht verlängert schien. Zwei maniakalische und ungebildete Paralytiker wiesen Werthe auf, die namentlich bei der 1. Gruppe der besten normalen Leistung nahekamen, auch reproduzirten sie schnell und sicher. Endlich erwies sich auch die Berufsübung von Einfluss. Ein Paralytiker, der Polizist 1. Rangstufe war, Krankheitseinsicht, leidliche Intelligenz und gut erhaltene Erinnerung an frühere Erlebnisse hätte, reproduzirte 15 von den 50 Zeichen, darunter 8 Porträts; ein anderer Paralytiker, ein Anstreicher, erkannte bei 9 Reproduktionen überhaupt alle 5 Farben; auch ein bereits stark verblödeter Eisenbahnwächter hatte bei der Gesammtzahl von 6 Reproduktionen 3 Farben richtig erkannt; ein Zeichenlehrer mit 19,5 richtigen Fällen erinnerte sich an 4 Quadrate; das Zahlengedächtniss, das im Durchschnitt bei den Paralytikern 10 pCt. der eingeprägten Zahlen betrug, nahm den

Werth von 50 pCt. bei einem Mittelschullehrer, von 60 pCt. bei einem Oberkellner, von 70 pCt. bei einem Börsenagenten und einem Baumeister, von 90 pCt. bei einem Kommissionär mit noch regem Geschäftsgeiste an.

Diese Ergebnisse sind in mannigfacher Beziehung bemerkenswerth; nur lässt die Methode leider mancherlei in Bezug auf Exaktheit zu wünschen übrig. Ein Vergleich der Schulknaben mit gebildeten Erwachsenen ergiebt neben dem Einfluss des Alters auch den der Bildung.

Thompson und Sakiejewa, Ueber die Flächenempfindung in der Haut. Zeitschr. f. Psychol. etc. Bd. 27, S. 187—199.

Nach einer kurzen Besprechung ähnlicher Versuche von *Eisner*, die den Druck nicht berücksichtigten, und von *Thompson*, schildern Verf. zunächst ihre Versuchsanordnung. Die Berührung erfolgte mittels eines eigens konstruirten Apparates, dessen Abbildung der Arbeit begegeben ist und der eine genaue Kontrolle des ausgeübten Druckes gestattet. Mit diesem Instrumente wurden runde Korkplättchen von 8 verschiedenen Durchmessern von 8,25 bis 24,75 mm an 7 verschiedenen Körperstellen (Oberarm, Brustkorb, Mamma, Bauch, Gesäss, Schulter- und Lendengegend) aufgesetzt. Das Verfahren war successiv; als Normalreiz galt der von der grössten Korkplatte ausgeübte; ermittelt wurde die Unterschiedsschwelle, die dann als vorhanden angenommen wurde, wenn bei 12maliger Applikation desselben Korkpaares an derselben Körperstelle sich 9 richtige Urtheile fanden. Die verschiedenen Drucke waren ihrer Intensität und Reihenfolge nach 70, 20, 150, 100 und 250 gr. Versuchspersonen waren die Verf. und 2 andere Damen. Jede Versuchsreihe dauerte $1^1/_2$—2 Stunden; nach 4—6 Versuchen wurde die betreffende Hautstelle leicht überstrichen, um etwaige Nachempfindungen zu beseitigen. — Die Flächenempfindung war anfangs selbst bei grossen Korkplatten zumeist undeutlich, am günstigsten erwies sich für sie wie auch für die Grössenbeurtheilung ein Druck von 70 und 100 gr. Ein deutlicher Einfluss der Körperstelle war nicht zu ermitteln, ebenso war die Aenderung des Berührungsdruckes von geringer Bedeutung für den Schwellenwerth. Ferner zeigte sich, dass nur selten ein reines Urtheil über Grösse gefällt wurde, häufig wurde der Druck mit in Betracht gezogen; oft wurde auch von dem der subjektiven Empfindung nach stärkeren Druck auf die kleinere Grösse geschlossen; auch die Art der Berührungsempfindung spielte eine Rolle. An Körperstellen mit vielen Weichtheilen war bei dem Verf. die Unterscheidungsfähigkeit geringer und das Urtheil mehr vom Druck bestimmt. Bei Muskelschichten ohne Knochenunterlage beruht die Unterscheidung fast ganz auf der Verschiedenheit der Druck- und Berührungsempfindung, dagegen war das Urtheil ein reines über Flächengrösse bei dünnen Muskelschichten über einer Knochenunterlage, wobei neben der Hautempfindung auch die Differenzirung der Knochenunterlage in Betracht kam; auch trat hier leicht das Gefühl der Flächenberührung auf. Dieselbe

Fläche erschien zu verschiedenen Zeiten verschieden deutlich. Manche glaubten an bestimmten Körperstellen Fläche und Grösse besonders deutlich zu erkennen. Selbst bei vorhandener Flächenempfindung wurde derselbe Kork an verschiedenen Stellen verschieden gross empfunden. Zuerst erschien der nämliche Kork um so grösser, je weiter die von ihm berührte Körperstelle nach unten lag.

Anspruch auf einen besonders hohen Grad von Wissenschaftlichkeit können diese Versuche nicht erheben. Dazu ist die Methode denn doch allzu grob. Wir hören nichts vom Raum- und Zeitfehler. Sollte aber auf deren Elimination nicht die peinlichste Sorgfalt genommen worden sein, dann sind zum mindesten die Hauptversuche, die an den beiden Verf. angestellten, völlig unbrauchbar. Denn bei diesen war das Verfahren kein unwissentliches — ein Umstand, der um so schwerer ins Gewicht fällt, als die Reihenfolge der Druckintensitäten sich nie änderte und der konstante Normalreiz immer durch die nämliche Korkplatte, und zwar stets durch die grösste unter allen angewandten ausgelöst wurde. Schon diese Thatsache an und für sich ebenso wie die Verwendung der um die in Betracht kommenden Probleme wissenden Verf. zu den hauptsächlichsten Versuchspersonen involvirt schwere Bedenken, wie dies ja auch aus der Arbeit (vgl. S. 197) deutlich hervorgeht. Das Aufsetzen des Instrumentes mit der Hand ist eine Quelle von zahlreichen Unregelmässigkeiten und Fehlern, wie die Verf. selbst zugeben müssen (vgl. S. 193). Die Annahme, dass bei 75 pCt. richtiger Fälle die Unterschiedsschwelle liegt, ist völlig willkürlicher Natur und widerspricht den Thatsachen. Wie leicht sich die Verf. ihre Aufgabe machten, illustrirt vielleicht am besten der Umstand, dass sie die gewonnen Zahlen mittheilten, ohne sich die Mühe zu geben, Mittelwerthe zu berechnen und behufs Gewinnung von Resultaten die erhaltenen Werthe von den verschiedensten Gesichtspunkten aus zu betrachten.

Marx Lobsien, Experimentelle Untersuchungen über die Gedächtnissentwicklung bei Schulkindern. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. Bd. 27, S. 34—76.

Die Versuche wurden an 462 Volksschülern, 238 Knaben und 224 Mädchen, im Alter von 9 bis 14½ Jahren entweder vor dem Unterricht oder nach der 2. grossen Unterrichtspause von 15 Min. ausgeführt und zwar immer mit einer ganzen Klasse zugleich. Die Versuchsobjekte waren 9 Gegenstände, deren jeder 1 Sek. lang in einem Intervall von je 1 Sek. gezeigt wurde, 9 Geräusche, deren verursachende Bewegung die Kinder nicht sahen und die sie onomatopoetisch oder durch die Umstände zu charakterisiren hatten, je 9 Wörter, die visuelle, akustische, tactile und emotionelle Vorstellungen bezeichneten und endlich 9 Fremdwörter mit dem Werthe von sinnlosen Lauten. Die Wörter waren in ihrer Silbenzahl nicht völlig gleich. Bei der Verrechnung wurde von den ohnehin wenigen Fehlern

Abstand genommen. — Es ergaben nun in Bezug auf den Umfang des Gedächtnisses den höchsten Werth die realen Dinge; ihnen folgten die Zahlen und Tastvorstellungen, dann die Gesichts- und Lautvorstellungen und schliesslich die Gefühlsvorstellungen und Laute. Fast alle Gedächtnissarten zeigen ein Wachsthum mit den Jahren; am grössten ist es bei den Gefühlsvorstellungen und Lauten, am geringsten bei den Geräuschen. Auch sind die Differenzen zwischen den einzelnen Altersstufen, nach je 1 Jahr gerechnet, verschieden. Das 14. Lebensjahr zeigt eine bedeutende Zunahme für Gegenstände, Geräusche oder Gefühlsvorstellungen, das 13. für Gefühlsvorstellungen und Laute, das 12. für Zahlen, Gehörs-, Tast- und Gefühlsvorstellungen, das 11. für Gegenstände, Tast- und Gefühlsvorstellungen. Und so ergiebt sich innerhalb der Entwicklung derselben Gedächtnissart ein nahezu regelmässiges Auf- und Absteigen der Werthe. Im Ganzen ist der Zuwachs am grössten im 12., am geringsten im 13. Lebensjahre. Während im Allgemeinen der Gedächtnisszuwachs nur $^1/_3$—$^3/_4$ der ursprünglichen Energie ausmacht, beträgt er bei den Gefühlsvorstellungen $1^4/_5$ und bei den Lauten $4^5/_7$ der ursprünglichen Energie. Diese Ergebnisse bei den Knaben erfuhren bei den Mädchen nur die Abänderung, dass das Wachsthum mit den Jahren am grössten bei den visuellen und emotionellen Vorstellungen, am geringsten bei den Gegenständen war, dass das 12. Jahr eine bedeutende Zunahme in allen 8 Gedächtnissarten, das 14. eine sehr merkliche für Zahlen und visuelle Vorstellungen, das 13. für Geräusche und Laute, das 11. für akustische Vorstellungen und Zahlen brachte, und dass der Gedächtnisszuwachs bei Gefühlsvorstellungen $1^1/_8$, bei Lauten 6 und sonst $^1/_9$—$^4/_5$ der ursprünglichen Energie betrug. Der Gesammtdurchschnitt der Gedächtnisszunahme ist bei den Mädchen grösser als bei den Knaben, was auch für die einzelnen Altersstufen mit Ausnahme des 11. Lebensjahres gilt. In seinem absoluten Werthe übertrifft das Gedächtniss der Mädchen das der Knaben, eine Ausnahme machen im 14. Jahre die Gehörs- und Gefühlsvorstellungen, im 13. die Gehörsvorstellungen und Laute, im 12. die Geräusche und Tastvorstellungen, im 11. die Gegenstände, Geräusche und Gefühlsvorstellungen und im 10. die Geräusche, akustischen Vorstellungen und Laute. Am grössten ist das Uebergewicht der Mädchen dem Gesammtdurchschnitt nach im 13., am geringsten im 11. Jahre, den einzelnen Arten nach ist es besonders stark im 14. Jahre bei den visuellen Vorstellungen und Geräuschen, im 13. bei den Gegenständen und Geräuschen, im 12. bei den Gesichts- und Gefühlsvorstellungen, im 11. bei den Zahlen, im 10. bei den Gegenständen. Das sinnvolle Material wird in allen, namentlich aber in den jüngeren Altersstufen besser behalten als das sinnlose. Während das Gedächtniss für gesehene Gegenstände durchgehend grösser ist als für Gesichtsvorstellungen, ist es für gehörte Geräusche bei den älteren Knaben und jüngeren Mädchen, mit Ausnahme der allerjüngsten, geringer als für akustische Vorstellungen. — Was die formale Seite der Reproduktion anlangt, so sind die Mädchen den

Knaben in Bezug auf die Genauigkeit des Reihenablaufs bei den Gegenständen bedeutend überlegen. Die Genauigkeit, die übrigens bei Knaben wie bei Mädchen bei den Gegenständen am grössten ist, nimmt innerhalb gewisser Grenzen mit dem Gedächtnissumfang zu und ab, aber nicht direkt proportional, wächst also mit den Jahren. Das letzte Glied ist im Allgemeinen von geringem Einflusse, es ist bei Knaben grösser als bei Mädchen, geht der Grösse des Gedächtnissumfangs parallel und wird bei höherer Gedächtnissentwicklung geringer.

Die Versuche, welche sich an die von *Netschajeff* (s. den vorjährigen Literaturbericht in ders. Ztschr.) engstens anschliessen, entbehren durch die grosse Anzahl der Versuchspersonen den genauen Vergleich der beiden Geschlechter, die ziffernmässig annähernd gleichmässig vertreten waren, die Berücksichtigung der formalen Seite, der Gedächtnissarten und Altersstufen nicht des Interesses. Inhaltlich wäre vor Allem auszusetzen, dass Verf. nicht den Unterschied zwischen den 1 Sek. lang gezeigten Gegenständen und den übrigen nur gehörten Wörtern oder Geräuschen beachtete. Selbstredend musste dort die längere Expositionsdauer günstig wirken, selbst abgesehen von der Verschiedenheit in der Gedächtnissart. Anderseits bedingte die Reaktion auf die gehörten Geräusche eine abnorme Schwierigkeit, insofern es sich nicht hier, wie sonst, um eine blosse Niederschrift, sondern um eine Charakterisirung des Wahrgenommenen mit eigenen Worten handelte: die Versuche vor Beginn des Unterrichts durften nicht ohne Weiteres mit denen nach der Pause vereint werden. Besonders mangelhaft aber ist die Verwerthung. Es kann nicht meine Aufgabe sein, alle Zahlen nachzurechnen, aber einige Stichproben zeigten doch bereits nicht unbedenkliche Rechenfehler; z. B. steht auf S. 48: 25, 18 für 25, 78, auf S. 69: 192 für 184, auf S. 57: 9. und 10. für 10. und 11. Lebensjahr, ferner 6 : 5 für 7 : 5. Tab. 46 und 47 giebt unter anderem an, wie oft alle 9 Glieder reproducirt wurden; Tab. 50 und 51, die anzeigen, „wie oft eine Reihe ganz evolvirte", enthalten aber vielfach höhere Zahlen, selbst unter der r-Kolonne, als die Tab. 46 und 47 unter der 9-Kolonne; wie ist das möglich? Bei manchen Tab. z. B. 54—56 weiss man nicht recht, wie sie gewonnen sind; ergiebt sich Tab. 56 wie es scheint aus Tab. 52 und 53, dann sind die Zahlen mehrfach falsch. Und so entsteht denn ein offenbarer Widerspruch zwischen S. 70 und 74, dort heisst es: In der Genauigkeit des Reihenablaufs zeigen sich die Mädchen den Knaben durchweg und recht bedeutend überlegen", hier dagegen: auffallend ist, dass in der Genauigkeit der Reihenreproduktion die Knaben nur bezüglich des Gedächtnisses für wirkliche Dinge erheblicher übertroffen werden, sonst stehen sie ihnen (d. h. den Mädchen) nicht nach, sondern übertreffen sie. Nur sehr schwer vereinbar ist auch das Ergebniss auf S. 71, „dass die Genauigkeit in der Reihenreproduktion innerhalb gewisser Grenzen mit dem Maasse des Gedächtnissumfangs zu- und abnimmt, aber keineswegs direkt proportional" mit den auf S. 74, „dass Gedächtnissumfang und Energie

in der genauen Reihenproduktion proportional wachsen, wenn auch nicht direkt.“ Nach Tab. 15 ist das Uebergewicht der Mädchen bei Gegenständen und Tastvorstellungen grösser als bei den Zahlen, die Verf. als besonders bemerkenswerth anführt; ebenso erwähnt er auf S. 48 die Steigerung des Gedächtnisses für visuelle Vorstellungen, während die für Tast- und Gefühlsvorstellungen bedeutend grösser ist; nach S. 46 soll das Gedächtniss für Gefühlsvorstellungen und Zahlen am weitesten wachsen, nach der dort angeführten Tab. gilt dies aber für Gefühlsvorstellungen und Laute“. Derartige Unrichtigkeiten und Fehler drücken den Werth und die Zuverlässigkeit der ganzen Abhandlung ganz bedeutend herab, zumal da man auch sonst die letzte Hand vermisst. Nach meiner Berechnung kommen bei den *Netschajeff*’schen Versuchen 130 auf Mädchen, Verf. bekommt nur 101 auf S. 35 heraus. Bei Tab. 15 fehlt die Altersangabe (13—14½ Jahre). Auf S. 36 sollen offenbar mehrere Gründe gegen die abstrakten Begriffe angeführt werden; denn es wird mit 1. (= erstens) begonnen, vergebens aber sucht man nach 2., 3. etc. In Tab. 5 muss es offenbar heissen: I u. V., II u. V., III u. V. etc., nicht I u. II, II u. III etc. Endlich ist der Stil zuweilen geradezu unverständlich z. B. S. 37 — so wenig unentschlossen war ich, als sich mir die Unmöglichkeit offenbarte, ohne die oben gerügten Mängel zu vermeiden, dieses Moment ausser Acht zu lassen. Es ist mir zwar nicht unwesentlich, aber doch bedeutsamer, unter den Uebeln das kleinere zu wählen.“ Auf S. 65 heisst es: „hier aber überwiegt . . . bei älteren Kindern das Gedächtniss für akustische Reize gegenüber dem entsprechenden Wortgedächtniss, während bei den kleineren der Umfang des Gedächtnisses für Wörter mit akustischem Vorstellungsinhalt gegenüber dem anderen.“

Wiersma, E., Untersuchungen über die sogenannten Aufmerksamkeitsschwankungen. Zeitschr. f. Psychol. etc. Bd. 26, S. 168—200.

Alle psychischen Inhalte haben die Tendenz, nach und nach aus dem Bewusstsein zu schwinden. Hiermit im Zusammenhange stehen die Schwankungen der Aufmerksamkeit, so dass minimale Reize abwechselnd ins Bewusstsein treten und aus ihm verschwinden. Dass in der That hierbei centrale und nicht, jedenfalls nicht allein, periphere, im Nerv und Sinnesapparat sich abspielende Prozesse in Betracht zu ziehen sind, sucht Verf. durch Versuche aus dem Licht-, Druck- und Gehörssinn nachzuweisen, die er an sich und Prof. *Heymanns* anstellte. Verf. hatte normale Augen, *Heymanns* eine Myopie von 20D, Visus = 6/24, sonst keine Abnormitäten. Als Lichtreiz diente eine schnell rotirende Scheibe aus grauem Karton mit einem Radius von 5,5 cm, auf ihr war ein Sektor von etwas hellerem Grau mit einem Radius von 3,5 cm befestigt, der wieder mehr oder minder von einem anderen, beweglichen Sektor mit dem dunkleren Grau der

Scheibe bedeckt werden konnte; die jedesmalige Stellung des letzteren war an einem Gradbogen bequem abzulesen. Die beiden Arten von Grau verhielten sich zu einander wie 1 : $1^1/_3$. Experimentirt wurde hier wie an den beiden anderen Sinnesgebieten mit sechs Intensitäten zwischen der Ebenmerklichkeit und jenem Grade von Uebermerklichkeit, wo keine Schwankungen während der ganzen Versuchszeit mehr auftraten. Die Versuchsperson befand sich zur Vermeidung von Störungen mit der rotirenden Scheibe in einem, das *Ludwig-Baltzar*'sche Kymographion mit einem Cylinder von 50 cm Umfang und 5 Minuten Umlaufsgeschwindigkeit als Registrirapparat in einem anderen Zimmer. Sobald nämlich der Reagent durch Druck auf einen elektrischen Kopf das Verschwinden des Unterschieds oder Reizes angab, rückte die Grade, welche ein mit Tinte getränkter Pinsel auf die Trommel zeichnete, um 0,5 cm höher; kam die Wahrnehmung wieder, dann hörte der Druck auf und die Linie sank wieder. Zwischen je zwei Versuchen von 5 Minuten mit einer Intensität wurde eine Pause von 8 Minuten geschoben; die Reihenfolge der Intensitäten wurde täglich geändert, so dass jede einmal zuerst an die Reihe kam, hierauf wurden dieselben Versuche noch einmal in umgekehrter Reihenfolge ausgeführt. In der nämlichen Weise wurde mit sechs verschiedenen Druckintensitäten experimentirt, wobei ein Gewicht von 2 cm Diameter auf eine gleich grosse, runde, mit einer Korkscheibe bedeckte Hautstelle auf dem Handrücken in der Nähe des II. Phalango-Metacarpalgelenkes fiel; die Hand ruhte bequem in einem Gypsabguss, so dass die Reizfläche ganz horizontal lag; auch für eine bequeme Haltung des ganzen Körpers wurde gesorgt. Als Gehörsreiz diente in einem völlig geräuschlosen Zimmer das Ticken einer in einer Holzschachtel befindlichen Remontoiruhr, deren Zifferblatt mit seinem Mittelpunkte in gleicher Horizontalebene mit den beiden äusseren Gehörgängen lag, und zwar in sechs verschiedenen Abständen von diesen. — Es ergab sich nun, dass die mittlere Zeit der Unmerklichkeit in einem Versuche, wie auch die mittlere Dauer jeder Unmerklichkeitsperiode mit der Abschwächung der Reiz- oder Unterschiedsintensität regelmässig zunimmt. Zerlegt man die Versuchszeit von 5 Minuten in drei Theile und bestimmt für jeden die mittlere Unmerklichkeitszeit getrennt, so ergiebt sich durchgehend ein Unterschied zwischen den beiden Reagenten: H. zeigt stetig fortschreitende Ermüdung, W. dagegen die beste Leistung im zweiten Drittel, während er im dritten Drittel bei den Gehörsempfindungen fast stets eine grössere, bei den Licht- und Druckreizen eine geringere Leistung als im ersten Drittel aufweist. Auch ein Vergleich der Unmerklichkeitszeiten für die sechs verschiedenen, je 5 Minuten langen Versuche an einem Tage zeigt trotz der dazwischen liegenden Pausen von je 8 Minuten bei H. einen schädlichen Einfluss der vorhergehenden Versuche im Sinne der Ermüdung, bei W. dagegen einen fördernden im Sinne der Uebung. Die Aufmerksamkeitsschwankungen zeigen also auffallend konstante individuelle Differenzen, die in allen drei Sinnesgebieten fast dieselben bleiben,

so dass das Mitwirken einer centralen Ursache wahrscheinlich ist. Dafür spricht auch die Beobachtung, dass an einem Tage bei H. in Folge angestrengter Arbeit eine Verlängerung und bei W. in Folge von Ruhe eine Verkürzung der mittleren Unmerklichkeitszeit bei Druckreizen auftrat, und dass ein anderes Mal ein ausnahmsweises Experimentiren am Abend bei H., der am besten morgens arbeitet, ebenfalls eine Verlängerung, und bei W., der abends besser studiren kann, eine Verkürzung der mittleren Unmerklichkeitszeit bei Druckreizen zur Folge hatte.

Man darf hiernach mit Interesse den nämlichen Versuchen entgegensehen, welche Verf. an denselben Versuchspersonen bei körperlicher und geistiger Anstrengung und unter dem Einfluss von Toxica, sowie auch bei Geisteskranken in Aussicht stellt. Denn Verf. hat durchaus Recht, wenn er auf die bisherige Unterschätzung der Beobachtung des normalen psychischen Lebens in der Psychiatrie in Folge einseitiger Ueberschätzung der Gehirn-Anatomie und -Physiologie hinweist. Auch kann man ihm nur zustimmen, wenn er den Nutzen der Psychopathologie für die normale Psychologie betont. Nur wäre zu wünschen, dass Verf. seine folgenden Arbeiten mit weniger grammatischen und stilistischen Fehlern durchsetzt.

Groos, Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Erkennens. Zeitschr. f. Psychol. etc. Bd. 26, S. 145—167.

Verf. unterscheidet zwischen Neu- und Repetitionsurtheilen; dort ist der „Ausgangspunkt ein Stutzen über etwas, was sich nicht gleich logisch erledigen lässt, der Endpunkt die gegenwärtig erlebte siegreiche Bewältigung dieser Schwierigkeit“, während bei den Repetitionsurtheilen frühere Neuurtheile als bereits Feststehendes wiederholt werden. Ferner unterscheidet Verf. zwischen natürlichen und künstlichen Urtheilen, je nachdem sie uns von unseren Erlebnissen abgenöthigt werden oder absichtlich gebildet werden. Von psychologischem Interesse sind vor Allem die Neuurtheile. Ihrem Wesen sucht Verf. dadurch wenigstens nahezukommen, dass er in Vorlesungen nach Mittheilung bestimmter Vorstellungsinhalte durch die Ansprache: „Was wünschen Sie zunächst zu wissen?“ das Niederschreiben von Fragen bestimmter Kategorien anregte; diese deuten ja nicht nur die Antworten häufig an, sondern enthalten bereits oft aufkeimende Erkenntnissakte, die den Charakter von Neuurtheilen besitzen. Im Ganzen wurde auf 23 Themata von 11—21 Personen mit 479 Fragen, die 538 logische Beziehungen enthielten, geantwortet. Welche Kategorie von Fragen der Beobachter beabsichtigte, erfuhr der Reag. nicht; für jede Kategorie gab es mindestens zwei Spezialthemata. Analog der alten philologischen Unterscheidung zwischen erotematischen und peistischen oder zwischen Ergänzungs- und Bestätigungsfragen, theilt Verf. die Fragen in „leere“ und „Vermutungsfragen“ ein, da bei dem Neuurteil nach der Phase des Stutzens zunächst das Verlangen nach einer besonderen Art von

logischer Relation unter Einstellung des Bewusstseins auf diese oder jene Urtheilsform und dann das erste unsichere Auftauchen der Lösung in Form einer Vermuthung zu unterscheiden ist. Die 479 Fragen enthielten nun 218 leere und 261 Vermuthungsfragen, wobei aber zu beachten ist, dass Verf. nach dem ersten Versuch die Vermuthungsfragen als die ihm besonders willkommenen bezeichnete; auf die 11 erzählenden, die Phantasie offenbar mehr anregenden Themata fallen 108 leere und 158 Vermuthungsfragen, auf die 11 nicht erzählenden Themata dagegen 98 leere und nur 90 Vermuthungsfragen. — Vermittelst des gesammelten Versuchsmaterials sucht nun Verf. die Denkbeziehungen etwas näher zu beleuchten, die er in 7 Klassen theilt: a) die räumlichen, auf die 42 Fragen resp. 45 Beziehungen (30 resp. 31 leere) abzielten und zwar 15,5 resp. 17[1]) auf den Ort, 19,5 resp. 21 auf die Richtung und 7 resp. 7 auf die Entfernung. Die Richtung ist also die erste bewusste räumliche Beziehung, bei der wiederum 18,5 resp. 20mal woher und nur einmal wohin gefragt wurde; offenbar spielt dort die Kausalbeziehung, wo der Regress den Progress überwiegt, eine Rolle. Die beiden räumlichen Spezialthemata, z. B. „Vergeblich suchte er in allen Taschen nach seinem Messer" lösten nur wenige räumliche Fragen aus. b) die zeitlichen mit 34 resp. 40 Fragen (11,5 resp. 14 leere); das Interesse an der Zeit ist also noch geringer als das am Raume. Auf die Zeit im Allgemeinen bezogen sich 10 resp. 10, auf das Vorausgehende 7 resp. 11, auf das Folgende 12 resp. 13, auf die Gegenwart 1,5 resp. 2, auf die Dauer 3,5 resp. 4 Fragen: hier ist also das Interesse am Progress das Ueberwiegende, vielleicht weil dies auch im Triebleben, ja selbst bei der theoretischen Aufmerksamkeit der Fall ist, vielleicht auch weil der zeitliche Regress leicht die Form der Kausalität annimmt. Die beiden Spezialthemata lösten wieder relativ wenige Zeitfragen aus. c) die Zahl, die Verf. wie Raum und Zeit aus dem Gegebenen, und zwar aus dem „grösseren oder geringeren inneren Reichthum beim simultanen oder successiven Erleben einer Wahrheit" entstehen lässt; auf sie bezogen sich nur 8,5 resp. 11 Fragen (nur 1 Vermuthungsfrage), die mit zwei Ausnahmen nur durch die beiden Spezialthemata ausgelöst wurden; das Interesse an der Zahl ist also das geringste. d) Vergleichen und Unterscheiden mit 31 resp. 40 Fragen (9,5 resp. 14 leere), wobei allerdings die Trennung von attributiven Beziehungen schwierig ist. An Unterarten unterscheidet Verf.: 1. Identität, 2. Gleichheit, 3. Aehnlichkeit, 4. Verschiedenheit, 5. Kontrast; die erste und letzte Beziehung kamen nach der Art der Hauptthemata nicht in Betracht, aber auch die Gleichheit ist im Allgemeinen ohne Interesse, da das Vergleichen meistens ein Unterscheiden im Dienste der differenzirenden Erkenntniss ist. Und so beziehen sich auf die Gleichheit, erkennbar durch „auch" oder „gleich-

[1]) Die erste Zahl giebt im Folgenden immer die Fragen, die zweite die logischen Beziehungen an.

falls" nur 6,5 resp. 8, auf Aehnlichkeit 1, auf Unterschied 16 resp. 21 Fragen. Der Kontrast macht sich in 47 disjunktiven Vermuthungsfragen geltend, unter denen aber nur eine kontradiktorische Disjunktion sich fand, während alle anderen nur der Forderung wechselseitiger Ausschliessung genügten, spezifische Disjunktionen waren und unter sich 13 Fälle von konträrer Disjunktion fassten, die übrigens psychologisch der kontradiktorischen sehr nahe stehen. e) die Substantialbeziehung, also die Beziehung von Gegebenem auf ein nicht gegebenes Kraftcentrum bei räumlicher Zusammengehörigkeit und zeitlichem Beharren oder doch nur stetiger Veränderung des Zusammenhangs. Die Bestimmung durch den Gattungsbegriff forderten 46,5 resp. 52 Fragen (29 resp. 30 leere), die nur selten durch die beiden Spezialthemata angeregt waren; die individuelle Benennung verlangten 26 resp. 26 Fragen, fast ausschliesslich im Anschluss an die beiden Spezialthemen; auf attributive Beziehungen endlich gingen 58,5 resp. 69 Fragen (27,5 resp. 31 leere), wiederum nur zum geringeren Theile in Folge der beiden Hauptthemata. Die Substantialität ist also die wichtigste Kategorie nächst der f) Kausalbeziehung; sie wurde wie die vorige an drei Paaren von Hauptthemen untersucht, um die teleologische Beziehung (Motiv, Zweck, Mittel etc.) von der eigentlichen Kausalität und in dieser wieder den Regress (= Beziehung auf die Ursache) von dem Progress (= Beziehung auf die Wirkung) zu trennen. Es ergaben sich im Ganzen 220 resp. 241 Fragen (76,5 resp. 78 leere); rechnet man noch die räumlichen und zeitlichen Richtungsfragen hinzu, so spielt die Kausalität in der Hälfte, die Substantialität nur in einem Viertel aller Fragen eine Rolle; das gleiche Verhältniss ergiebt eine Betrachtung der Kategorie abgesehen von den besonders auf sie angestellten Versuchen. Auf die teleologische Beziehung fallen 70 resp. 78 Fragen (22 resp. 23 leere) und zwar 27 resp. 30 auf Grund oder Motiv, 11 resp. 14 auf Mittel, 22 resp. 24 auf den Charakter des Zieles, 10 auf die Wirklichkeit in der Erreichung des Zieles. Unter den eigentlich kausalen Beziehungen kommen 86 resp. 96 auf die Ursache, 58 resp. 60 auf die Wirkung, 5,5 resp. 6 auf Umstände, 1 auf Wechselwirkung. Rechnet man Ursache und Umstände, Grund und Mittel, zeitlich zurück und räumlich woher zum Regress, Wirkung und Wechselwirkung, Ziel und Zielerreichung, zeitlich vor und räumlich wohin zum Progress, so beziehen sich auf jenen 155 resp. 177, auf diesen nur 104 resp. 109 Fragen; der Regress überwiegt also den Progress, auch wenn man die Antworten auf die kausalen und teleologischen Spezialthemen ausser Acht lässt; hierbei ist noch zu bedenken, dass man beim Ziel mehr Interesse am Grund nimmt als beim Grund am Erfolg, und dass unter den 33 resp. 35 Wirkungs-Fällen 18 psychischer Natur („war er erfreut" oder dergl.) waren, also mehr dem gefühlsmässigen Interesse als dem Erkenntnissdrange entsprangen. g) die Existentialbeziehung kam nur einmal gelegentlich vor und in Folge der beiden Spezialthemen 11,5 resp. 13mal; sie spielt also im Gegensatz zu *Brentanos* Urtheilslehre nur eine geringe Rolle.

Dieser Versuch, experimentell in die höchsten intellektuellen Prozesse einzudringen, ist von grossem Interesse; auch bietet er zahlreiche Anregungen zu weiteren Arbeiten — was Verf. selbst als den Hauptzweck seiner Abhandlung bezeichnet — und führte bereits zu manchen bemerkenswerthen Ergebnissen. Nur ist die Methode allzu roh. Die Spezialthemen sind viel zu ungleichmässig (man vergleiche z. B. die Länge der beiden Themen auf S. 155), die Kategorien-Eintheilung stützt sich auf eine zu oberflächliche psychologische Analyse, die Unterscheidung der drei Phasen im Stadium der Frage wie auch die zwischen leeren und Vermuthungsfragen ist nicht ohne Bedenken, die näheren Versuchsumstände (Zeit, Persönlichkeit und Zahl der Reagenten etc.) sind nicht in exakter Weise festgelegt; die Mittheilung des Versuchsleiters, dass ihm Vermuthungsfragen besonders willkommen sind, ist geradezu ein grober Fehler, der den Werth der Reaktionen sehr stark beeinträchtigt.

Brückner, *A.*, Die Raumschwelle bei Simultanreizung. Zeitschr. f. Psychol. etc. Bd. 26, S. 33—60.

Vermittelst eines von Prof. *v. Frey* konstruirten und unter Beigabe einer Abbildung genau beschriebenen Apparates, der eine vollkommene Simultaneität und Intensitätsbestimmung der Hautreizungen mit 2 Nadeln ermöglicht, machte Verf. an sich und an Prof. *v. Frey* Versuche. Als Reizfläche diente ein Kreuz an der Beugeseite des l. Unterarms, der in einer Hohlform aus Gyps ruhte, mit einem Inhalte von ca. 15 qcm; die lange Axe fiel in die Längsrichtung. Auf dieser Fläche wurden alle Tastpunkte unter der Lupe mit Reizhaaren aufgesucht und mit 10 % Silbernitratlösung fixirt; von der Zeichnung wurde dann mittels eines in Glas geätzten Millimeternetzes eine Karte in fünffacher Vergrösserung hergestellt. Während der Versuche, die der Ungestörtheit wegen Abends 8—11 stattfanden, hatte der Reagent die Augen geschlossen; er kannte die Lage der gereizten Punkte und wurde durch ein verabredetes Zeichen von dem Eintritt der Reizung unterrichtet; sonst war das Verfahren unwissentlich. — Es ergab sich, dass bei Reizung unmittelbar benachbarter Punkte stets nur eine einfache, umschriebene Erregung wahrgenommen wurde, jedoch war sie stärker als die monostigmatische, sodass 2 unterschwellige Einzelreize bei ihrer Summation überschwellig werden konnten; an sich unbewusste Reize rufen also doch eine Aenderung im Zentralnervensystem hervor. Aber auch bei überschwelligen Reizen, die sich zum Experimentiren besser eigneten als die sehr ermüdenden unterschwelligen Reize, zeigte sich diese Summation, insofern die aus den Doppelreizen resultirende einfache Empfindung stärker war als jede der beiden durch die isolirten, einander ziemlich gleich gehaltene Einzelreize hervorgerufenen Empfindungen; und zwar war die Grösse der Distanz, die zwischen 2 und 30 mm variirte, ohne Einfluss. Da die anfängliche Pause zwischen je 2 Einzelversuchen störend

war, wurden dann 2 miteinander zu vergleichende Reizungen in einem Intervalle von 1—2 Sek. hinter einander gegeben; dagegen erwiesen sich lange Pausen von ca. 30 Sek. zwischen je 2 Doppelversuchen als sehr günstig, ebenso eine möglichst gleiche Empfindlichkeit beider Reizpunkte; auch musste die Aufmerksamkeit nicht nur unabgelenkt, sondern auch ausschliesslich auf die Stärke der Empfindung und nicht etwa auch noch auf deren Lokalisation oder dergl. gerichtet sein; daher war eine gewisse Ermüdung förderlich, so schädlich eine zu starke allgemeine und jede periphere Ermüdung wirkte. — Wenige Versuche, bei denen obenein noch zwischen je 2 Einzelversuchen eine längere Pause eintrat, machten wahrscheinlich, dass selbst noch bei einem Abstande von 142 mm die Summation sich einstellt, allerdings mit geringerer Sicherheit; indess treten bei grösseren Abständen, z. B. schon bei 62 und 84 mm zuweilen auch Fälle von Subtraktion ein, wo also die Doppelreizung schwächer imponirt, als die Einzelreize. — Auf Grund dieser Thatsachen die Grösse der simultanen Raumschwelle dadurch zu bestimmen, dass man untersucht, bis zu welchem Abstand der Tastpunkte 2 untermerkliche Reize noch zu einer merklichen Empfindung verschmolzen werden, war nicht möglich. Denn abgesehen von dem ermüdenden Einflusse untermerklicher Reize ist die Grösse ihres „Diffusionskreises“ im Zentralnervensystem nicht konstant, was übrigens auch von überschwelligen Einzelreizen gilt. Es wurde daher wie mit dem *Weber*'schen Tastzirkel auch mit diesem Apparat der Abstand bestimmt, bei dem 2 Reize getrennt wahrgenommen wurden. Es zeigte sich, dass es selbst für ein bestimmtes Individuum keine bestimmte, geschweige denn eine allgemeingültige simultane Raumschwelle giebt. Schon bei einem Abstand von 20 mm trat die Disparation ein, aber selbst bei 142 mm erfolgte sie nicht ausnahmslos; sie stellte sich leichter ein in der Quer-, als in der Längsaxe, bei dem kleineren Reagenten als bei dem grösseren, bei stärkeren Reizen als bei schwächeren; am günstigsten ist die Gleichheit in der Intensität beider Reize, aber auch bei ungleich starken Reizen ist die Erkennung der Disparation möglich, namentlich wenn sie erst einmal erfolgt ist; denn auch hier muss die Aufmerksamkeit auf die Disparation „eingestellt“ sein; daher traten häufig Vexirversuche, d. h. Verkennungen eines Reizes für eine Doppelreizung, ein sobald mehrere als ein Doppelreiz sicher erkannt worden war. Ferner ist eine gewisse Uebung für die Erkennung der Disparation namentlich bei schwachen Reizen und grossen Abständen nöthig; endlich darf keine zu grosse allgemeine und keinerlei periphere Ermüdung vorhanden sein. Zuweilen stellten sich Uebergänge zur Disparation, Beziehungen der Eindrücke als „ausgedehnt“, „linienförmig“, „flächenhaft“, „diffus“ etc. ein; auch wurde manchmal die Doppelreizung unsicherer oder gar anders lokalisirt als die Einzelreize. Solange eine Verschmelzung und Summation noch möglich ist, tritt auch bei Erkennung der Doppelreizung eine Verstärkung der Empfindung ein, sei es, dass jede der beiden Komponenten, sei es, dass die Gesammtempfindung

stärker imponirte. In Folge dessen konnte bei günstigen Bedingungen die Disparation erkannt werden, selbst wenn ein Reiz unterschwellig war. Bei grösseren Abständen, z. B. bei 134 mm kam es dagegen auch vor, dass der Gesammteindruck der erkannten Doppelreizung schwächer erschien als jeder Einzelreiz; ja zuweilen, wenn die Bedingungen zur Disparation fehlten, konnte sogar ein schwacher Reiz unbewusst werden. — Die Summation ist also allgemeiner als die Disparation; jene hat physiologische, diese zum grossen Theil auch psychologische Ursachen, den Grund für die nicht sicher genug konstatirte Subtraktion vermuthet Verf. in der Theilung der Aufmerksamkeit.

Der Werth dieser interessanten und wohldurchdachten Arbeit würde noch bedeutend erhöht worden sein, wenn das gesammte Versuchsmaterial mitgetheilt würde. Denn abgesehen von der Willkür in der Auswahl, die fast jede Kontrolle unmöglich macht, ist oft die Zahl der Versuche, auf die Verf. seine Schlüsse stützt, sehr gering. Auch sind 2 Versuchspersonen — Verf. und Prof. *v. Frey* — nicht ausreichend, sobald es sich um Konstatirung psychologischer und zuweilen rein individueller Faktoren handelt.

Mayer und Orth, Zur qualitativen Untersuchung der Association. Zeitschr. f. Psychol. etc. Bd. 26, S. 1—13.

Zu Grunde liegen 1224 an 6 Personen gewonnene Versuche, bei denen auf ein zugerufenes Wort ein anderes geantwortet wurde; die Zeit wurde mit einer Fünftelsekundenuhr bestimmt, dem Versuch ging stets ein Signal voran. Es ergab sich, dass verhältnissmässig selten das Reizwort direkt reaktionsauslösend, d. h. ohne Einschaltung eines Bewusstseinsvorganges zwischen Reiz- und Reaktionswort wirkte. In diesen Fällen war aber die mittlere Dauer kürzer als in den anderen. Die Einschaltung von einem Bewusstseinsvorgang erfolgte bei den meisten Versuchspersonen häufiger als die von 2 oder 3 Bewusstseinsthatsachen; dort war auch die Zeit eine kürzere als hier. Der eine eingeschaltete Bewusstseinsvorgang war meistens eine Wort- oder Sachvorstellung, seltener ein Willensakt oder eine „Bewusstseinslage“, d. h. ein nicht näher zu bezeichnender Vorgang; der Willensakt verlangsamt den Associationsablauf. Ferner war die Einschaltung in den meisten Fällen ohne Gefühlston; war sie gefühlsbetont, dann dauerte die Association länger; auch war dann bei den meisten Reagenten Unlust die häufigere Begleiterscheinung als Lust und bei allen verzögerte Unlust die Association mehr als Lust. Endlich konnten parallel mit dem Reiz- oder Reaktionsworte oder mit beiden andere Bewusstseinsvorgänge einhergehen.

Der Versuch einer psychologischen Analyse des Associationsvorganges an Stelle der bisherigen zahlreichen Klassifikationen ist eine dankenswerthe Befolgung der Anregung, die ich in meiner allerdings hier nicht erwähnten Arbeit über die „Association in einem Falle von Idiotie“ (s. diese Ztschr.

Bd. 57 S. 246) gab und wobei ich bereits als das massgebende Prinzip „das Mass von Geistesarbeit" bezeichnete, „welches erforderlich ist, um von dem Reizworte zu dem Reaktionsworte zu gelangen." Aber die von dem Verf. befolgte Methode ist verfehlt, insofern sie sich nur auf die Selbstbeobachtung stützt. Auf Grund zahlreicher eigener Versuche halte ich es für unmöglich, sich durch blosse Selbstbeobachtung klar zu werden, wie viele und welche Bewusstseinsvorgänge man zwischen Reiz- und Reaktionswort eingeschaltet hat. Die Dauer wäre allerdings ein gewisser objektiver Massstab, aber die Messung mit der Fünftelsekundenuhr ist hierfür zu ungenau; sie ist nur in Ausnahmefällen, z. B. bei Geisteskranken oder ganz kleinen Kindern, zulässig; jedenfalls aber kann man doch nicht die Dauer mit der Fünftelsekundenuhr messen und sie dann auf Hundertstel-Sekunden berechnen und darauf seine Schlüsse aufbauen. Auch ist die Angabe, aus wie viel Versuchen die einzelnen Werthe gewonnen sind, unerlässlich. Schliesslich erregt die Thatsache, dass sich unter den 6 Versuchspersonen die beiden Verfasser befinden, Bedenken.

Müller und Pilzecker, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtniss. Ergänzungsband I der Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane. 300 S.

Die mehr als 20000 Versuche erstrecken sich auf fast 8 Jahre. Verwendet wurden Reihen von dreibuchstabigen sinnlosen Silben, die nach dem *Müller-Schumann*'schen Verfahren aufgebaut und vorgezeigt und im trochäischen Takte gelesen wurden. Die Prüfung erfolgte nach der „Treffer- und Zeitmethode": Die 12 betonten Silben zweier 12-silbiger Reihen waren auf einem um eine horizontale Axe drehbaren 12-seitigen Prisma, so dass je eine Silbe auf einer Seite sich befand und durch einen Querschnitt in dem vor dem Prisma befindlichen Schirme sichtbar werden konnte; unter Zuhilfenahme des Chronoskops und Cattell'schen Schalltrichters oder eines Lippenschlüssels wurde die Zeit vom Vorzeigen einer Silbe bis zur Nennung der nächsten richtigen oder falschen Silbe gemessen; stellte sich überhaupt keine Silbe als Reproduktion oder nur eine mit dem Bewusstsein der Unrichtigkeit ein, dann wurde mit „Nichts" reagirt (Nullfälle). Diejenigen Silben, die in 2 Buchstaben richtig oder Umkehrungen der richtigen waren, galten als Theiltreffer; das Resultat einer Reproduktion wurde der Versuchsperson nicht mitgetheilt; einem etwaigen Einflusse der Reihenfolge wurde durch möglichste Variation vorgebeugt. — Das innere Verhalten der Versuchsperson beim Reproduciren war verschieden: häufig reproducirte die Gesichtswahrnehmung der gezeigten Silbe sofort die richtige und zwar als visuelle oder akustische oder visuell-akustische Vorstellung, die dann benannt wurde oder als unmittelbar benannte — sei es in automatischer Form, sei es in bewusster Weise — und erst nachher als visuelle Vorstellung. Stellte sich nicht unmittelbar die zugehörige Silbe ein, dann

wurde dies ruhig abgewartet oder künstlich durch leises Wiederholen der gezeigten Silbe oder durch Vergegenwärtigung der absoluten Stelle resp. ganzer Abschnitte der Reihe, zuweilen sogar der vollständigen Reihe herbeigeführt; gelegentlich wurde hierzu auch die Thatsache benutzt, dass die gesuchte Silbe eine besondere Beschaffenheit, z. B. einen Sinn besass. Das Bewusstsein der Richtigkeit nahm verschiedene Grade an: Zuweilen wusste die Versuchsperson nur, dass die geantwortete Silbe zu den unbetonten oder gar nur zu der betreffenden Reihe gehörte; manche Silbe wurde genannt mit dem Bewusstsein nur theilweiser Richtigkeit, oder nur weil sie sich nicht verdrängen liess, oder weil alle anderen unbetonten Silben der Reihe schon da waren. Im Allgemeinen ist das subjektive Bewusstsein der Richtigkeit oder Falschheit oft irreleitend; zuweilen wurde die richtige Silbe nicht einmal wiedererkannt, auch die gezeigte Silbe erschien manchmal fremd und führte deshalb zu keiner Reproduktion. Eine Versuchsperson beurtheilte eine Silbe erst dann als richtig, wenn sie sich als visuelle Vorstellung einstellte. Methodologisch empfiehlt sich eine längere, nicht zu fest eingeprägte Reihe und ein Vorzeigen mehrerer vor bestimmter Zeit gelesener Reihen zugleich, um all die erwähnten Hilfsmittel der Reproduktion zu vermeiden. — Dass die gemessene Trefferzeit keine Reproduktionszeit ist, sondern neben dieser die Zeit für das Erkennen der gezeigten wie für das Aussprechen der reproduzirten Silbe enthält, verkannten Verf. nicht, auch geben sie zu, dass die Reproduktionszeit nicht durch Subtraktion der Lesezeit von der Trefferzeit gewonnen wird, da die Benennung einer gesehenen Silbe ein ganz anderer Vorgang als die einer bloss reproduzirten ist, zumal da durch die Reproduktion auch die Bereitschaft der Sprachorgane beeinträchtigt wird. Trotzdem kommen die sehr erheblichen Schwankungen zwischen den einzelnen Trefferzeiten vornehmlich auf die Reproduktionsunterschiede; auch wurden einige Leseversuche schon der Einübung wegen und um ein Bild von der Reaktionsweise der Versuchspersonen zu haben, angestellt.

Um den Einfluss der Wiederholungszahl zu prüfen, wurden in 4 Versuchsreihen täglich 4 Reihen von 12 Silben 8, 13 und 18, oder 6, 9, 12 und 15, oder 5, 8, 11 und 15 mal gelesen und 2—5 Min. später vorgezeigt; bei einer Versuchsreihe wurden die Silben 24 Std. später noch einmal gezeigt, nachdem am Tage zuvor bei den Null- und falschen Fällen die richtigen Silben genannt worden waren; in der Reihenfolge des Vorzeigens wie der Wiederholungszahl trat eine möglichste Variation ein. Es ergab sich eine Zunahme der Treffer, deren Zahl individuell sehr verschieden war, bei wachsender Wiederholungszahl; die Zeit ist bei den Treffern am kleinsten, bei den Nullfällen am grössten und nimmt für diese mit der Wiederholungszahl zu, weil die Versuchsperson um so länger sucht, je bekannter ihr eine gezeigte Silbe ist; aus gleichem Grunde zeigte sich eine Verlängerung der Zeit auch zuweilen bei den falschen Fällen, während sie bei den Treffern unabhängig von der Wiederholungszahl war, weil eine

Vergrösserung der letzteren nur bei den schon durch die ersten Lesungen gestifteten überwerthigen Associationen die Reproduktionszeit verkürzt, während sie bei den unterwerthigen Associationen, d. h. bei solchen, die ohne die vermehrten Wiederholungen überhaupt nicht zu Reproduktionen führen würden, verlängert, und zwar um so mehr, je entfernter sie vorher von der Reproduktionsschwelle waren; auch kommt die Aufmerksamkeit bei den späteren Lesungen mehr den unter- als den überwerthigen Fällen zu gute. Um den Einfluss der Wiederholungszahl auf die Reproduktionsgeschwindigkeit zu bestimmen, ist daher eine Betrachtung der „kleinen" Trefferzeiten nöthig. Von Einfluss auf die Zeit ist auch das Alter der Association; je grösser dieses, um so länger jene; ebenso wächst das Suchen bei den Nullfällen mit dem Alter. Unter gleich alten überwerthigen Associationen behalten die schneller wirksamen ihre Ueberwerthigkeit länger, daher gaben die kurzen Treffer beim zweiten Vorzeigen mehr richtige Fälle als die langen. Der Einfluss der Associationsstärke lässt sich nur bei Versuchen an derselben Person bei gleichem Gesammtbefinden der Versuchsperson und gleichem Alter der A. (= Association) beurtheilen.

Jede bewusst gewordene Vorstellung hat eine schnell abklingende Perseverationstendenz, auf Grund deren sie wieder ins Bewusstsein strebt. Dies zeigt die Thatsache der Wiederholungsempfindung (Sinnengedächtniss) der Hallucinationen, der motorischen Einstellung, der psychopathischen Perseverationserscheinungen, des Sich-Verlesens und Verschreibens etc. Der Perseverationstendenz ist es auch zu danken, dass manche gelesene Silben gegen den Willen sich aufdrängten, dass vor kurzem erst gezeigte Silben genannt oder bestimmte Silben zu habituellen Aushilfesilben wurden, namentlich wenn sie mit der richtigen Silbe einige Aehnlichkeit hatten, dass namentlich auf Grund von Nebenassociationen, d. h. aller Associationen ausser denen zwischen 2 Silben desselben Taktes bei den jungen Silbenreihen unter den falschen Silben mehr reihenrichtige, d. h. wenigstens in die betreffende Reihe gehörige vorkamen, als bei den alten. Auch der erwähnte Einfluss des Alters auf die Reproduktionszeit spricht für die Wirksamkeit der Perseverationstendenz; diese bedingt auch kürzere Lesezeiten für sehr junge Reihen als für ältere. Zuweilen führt sie nur zu ähnlichen Silben; auch besitzt sie zahlreiche individuelle Verschiedenheiten: bei einigen klangen die soeben gelesenen Silben von selbst nicht nach, bei anderen selbst während des Herumblätterns in illustrierten Zeitschriften. Leute mit starker Perseverationstendenz können nicht schnell die Aufmerksamkeit von einem Gegenstande auf einen anderen übergehen lassen, dagegen ist sie wichtig für die Wiederaufnahme gestörter Gedanken, für die im Kampf ums Dasein erforderliche Bevorzugung der jüngsten, neuen Erlebnisse gegenüber den alten, häufig wiederholten, für das Handeln und Denken ohne sinnliche Bedürfnisse und äussere Anregungen. Sie wird verstärkt durch Ermüdung und unterscheidet sich von den Zwangsvorstellungen dadurch, dass sie immer motivirt ist. —

Zur Prüfung des Zusammenwirkens gleichzeitiger Reproduktionstendenzen wurden täglich 4 Paare 12-silbiger Reihen, von denen jedes Paar 2 betonte Silben gemeinsam hatte (Vor- und Nachreihe), gelesen: die Reihenstelle der gemeinsamen Silben (Hauptsilben) wechselte; die betonten Silben der Vor- und Nachreihe wurden in 6 verschiedenen Ordnungen gezeigt.[1] Jede der 4 Vorreihen wurde 14mal hintereinander mit 1 Min. Pause zwischen je 2 Reihen, hierauf nach kurzem Zeitintervall die 1 Nachreihe 3mal gelesen, und 20 Sek. später erfolgte das Vorzeigen der betonten Silben der 1. Vor- und Nachreihe. Dann wurde die 2. Nachreihe 3mal gelesen und 20 Sek. später wurden ihre und der 2. Vorreihe betonte Silben gezeigt u. s. w. Zwischen der letzten Lesung einer Vorreihe und dem Vorzeigen ihrer betonten Silben verstrichen 9—14 1/2 Minuten. Alle Takte wurden mit möglichst gleicher Aufmerksamkeit gelesen; stellten sich trotz gegentheiligen Bemühens Silben der Vorreihe beim Lesen der Nachreihe oder zu einem sonstigen Zeitpunkte vor dem Vorzeigen ein, so wurden sie nachher protokollirt. Es ergab sich eine deutliche effektuelle Hemmung, d. h. eine Behinderung einer Reproduktionstendenz durch eine konkurrirende, insofern die Summe der richtigen Fälle, in denen eine vorgezeigte Hauptsilbe die ihr zugehörige Silbe der Vorreihe an 1. oder 2. Stelle reproduzirte, bedeutend kleiner und die Zahl der Fälle, wo die Hauptsilben die zugehörigen Silben der Vor- oder Nachreihen an 1. Stelle reproduzirten fast ebenso gross war, wie die Zahl der Fälle, wo eine Vergleichssilbe der Vorreihe (in der Nachreihe nicht vertretene Silbe) die zugehörige Silbe reproduzirte. Auch ist die Trefferzeit der Vorreihen bei den Hauptsilben grösser als bei den Vergleichssilben. Ferner zeigte sich eine Zunahme der Treffer und Abnahme ihrer Zeit, je später die Vorreihe vorgezeigt wurde. Unter den Doppeltreffern, d. h. bei Nennung der zur Hauptsilbe gehörigen Silbe aus Vor- und Nachreihe, ging die Nachreihe zumeist der Vorreihe voraus. Die Ueberlegungszeit bei Nullfällen war bei den Hauptsilben grösser als bei den Vergleichssilben, und bei diesen wieder grösser, wenn sie der Vorreihe als wenn sie der Nachreihe angehörten. Eine gleiche Versuchsreihe an einer anderen Person, nur dass jede Vorreihe 10- und jede Nachreihe 4mal gelesen wurde, ergab ebenfalls die effektuelle Hemmung. Ferner zeigte sich hier eine „Miterregung der Hauptassociation", durch die beim Lesen der Nachreihe die zu der Hauptsilbe gehörige Silbe der Vorreihe bewusst oder wenigstens in Bereitschaft gesetzt wurde, an der grossen Zahl von Treffern unter 10000 in den Fällen, wo zur gezeigten Hauptsilbe die zugehörige Silbe der Vorreihe ausschliesslich oder an 1. Stelle genannt wurde, ferner daran, dass bei den Doppeltreffern öfter die richtige Silbe der Vorreihe als der Nachreihe zuerst genannt wurde, und endlich daran, dass in der Vorreihe die Trefferzeit für die Hauptsilben kürzer ist als für die Vergleichssilben. Eine an der nämlichen Person nach demselben Schema angestellte Versuchsreihe, jedoch mit Einschaltung von sog. Kontrolltagen, an denen Vor- und Nachreihen

wie an den übrigen Tagen gelesen wurden, dann aber jede gezeigte Silbe von der Versuchsperson laut gelesen wurde, um erst hierauf nach der zugehörigen Silbe zu suchen, ergab die längste Lesezeit für die Vergleichssilben der Vorreihe und die kürzeste für die Hauptsilben; aber diese Differenzen sind verschwindend gegenüber denen der Trefferzeiten. Auch hier zeigte sich eine starke Miterregung, so dass die effektuelle Hemmung sogar verdeckt wurde. Dieses war auch der Fall, als die 14 Lesungen der Vorreihe auf 2 Tage zu je 7 vertheilt wurden und erst am 3. Tage 20 Sek. nach 3maligem Lesen der Nachreihe das Vorzeigen stattfand. Als in dieser Versuchsreihe die an den beiden letzten Versuchstagen vorgezeichneten Silben 24 Stunden später nochmals gezeigt wurden, damit sie die Versuchsperson laut ausspreche und dann erst die zugehörige Silbe nenne, erzielten die Vergleichssiben der Vorreihe 8mal so viel Treffer wie die der Nachreihe, während beim 1. Vorzeigen das Gegentheil der Fall war. Das nämliche ergab sich, als auch in der ersten der 4 zuletzt genannten Versuchsreihen 24 Stunden später die betonten Silben der Vor- und Nachreihe nochmals gezeigt wurden; auch war die Zahl der Theiltreffer im Verhältniss zu der der Volltreffer beim 2. Vorzeigen grösser als beim 1. Vorzeigen; dagegen war der Einfluss der Zeitlage der Vorreihen an beiden Tagen der nämliche, auch die effektuelle Hemmung war noch am 2. Tage vorhanden; die Trefferzeiten wurden durch das grössere Alter der Associationen verlängert. — In einer ferneren an einer der Versuchspersonen angestellten Versuchsreihe wurden täglich zuerst zwei Vorreihen, 30 Sek. später die 1. Nachreihe gelesen und dann nach 20 Sek. ihre und der 1. Vorreihe betonte Silben gezeigt; hierauf wurde die 2. Nachreihe gelesen, worauf wiederum mit einem Interwall von 20 Sek. das Vorzeigen der Silben der 2. Vor- und Nachreihe erfolgte; nach einer Pause von 6 Min. wurde in nämlicher Weise mit dem anderen Paare von Vor- und Nachreihen verfahren; jede Vorreihe wurde 15mal gelesen, aber in der 1. und 3. Abtheilung von je 6 Tagen unmittelbar hintereinander, in der 2. und 4. Abtheilung in 3 Gruppen von je 5mal, so dass zwischen je 2 Gruppen 1. Min. verstrich; auch die Lesungen zweier zusammengehöriger Vorreihen waren durch eine Pause von 1 Min. getrennt; jede Nachreihe wurde in der 1. und 2. Abtheilung 3-, in der 3. und 4. Abtheilung 4mal gelesen. Die Trefferzahl liess in allen 4 Abtheilungen die effektuelle Hemmung erkennen, an der Trefferzeit wurde diese dagegen durch die assoziative Widerregung verdeckt; letztere zeigte sich der Selbstbeobachtung namentlich beim 1. Lesen der Nachreihen; zuweilen erwies sich aber auch die Hauptsilbe in der Nachreihe als überhaupt nicht bekannt, ein anderes Mal wiederum wurde sie wiedererkannt mit oder ohne Vergegenwärtigung ihrer absoluten Stelle in der Vorreihe; deutlich zeigte sich eine Bevorzugung der Haupttakte vor den Vergleichstakten beim Lesen der Nachreihen, so dass in Abtheilung 1 und 2 in der Nachreihe öfter zu der Hauptsilbe die zugehörige Silbe an 1. oder 2. Stelle genannt wurde, als zu der Versuchs-

silbe; auch hier wurde zur Hauptsilbe häufiger und schneller die zugehörige Silbe der Nachreihe als die der Vorreihe an 1. Stelle oder ausschliesslich reproduciert. Recht deutlich zeigte sich auch die effektuelle Hemmung in Bezug auf die Anzahl der Treffer wie der Trefferzeiten unter 1 Sek. in folgender Versuchsweise: Jede der 4 Vorreihen wurde an jedem von 3 aufeinanderfolgenden Tagen 4 mal gelesen, am 3. Tage wurde 1 1/2 Min. nach der 12. Lesung die 1. Nachreihe 3 mal gelesen, worauf nach einem Intervall von 20 Sek. die betonten Silben der 1. Vor- und Nachreihe gezeigt wurden; hierauf wurde die 2. Nachreihe 3 mal gelesen und 20 Sek. später erfolgte wieder das Vorzeigen der Silben der 2. Vor- und Nachreihe u. s. w. Neben der effektuellen Hemmung trat aber wiederum die Miterregung der Hauptassociationen hervor. Um diese möglichst auszuschalten, wurden in einer Versuchsreihe wie sonst 12-silbige Vorreihen gelesen und zwar 11 mal, die viermal gelesene Nachreihen umfassten, aber nur 8 Silben, unter denen 3 betonte Silben waren, die auch in der zugehörigen Vorreihe vorkamen, während die 4. betonte Silbe nur eine Ergänzungssilbe war, die nicht vorgezeigt wurde und deren jedesmalige Stelle durch das Los bestimmt wurde; das Vorzeigen der betonten Silben erfolgte 24 Stunden nach dem Lesen der Vor- und 20 Sek. nach dem der Nachreihe; zwischen dem Lesen je 2 Vorreihen verstrichen 3 Min.. Obgleich die Anzahl der Treffzeiten unter 1200 σ immer noch eine Miterregung der Hauptassociationen erkennen lässt, trat die effektuelle Hemmung deutlich hervor. Als die am letzten — 24. — Versuchstage gezeigten Silben 24 Stunden später nochmals vorgezeigt wurden, waren bei den Hauptsilben die Treffer aus den Nachreihen ganz verschwunden, die aus den Vorreihen ungeschmälert erhalten. In ähnlicher Weise wurde am Anfang eine Versuchsreihe angestellt, nur wurde in der 1. Abtheilung die Vorreihe bis zur erstmöglichen fehlerfreien Reproduktion, die Nachreihe 6—8 mal gelesen, worauf unmittelbar das Vorzeigen erfolgte; in der 2. Abtheilung dagegen wurde die Nachreihe 10 mal gelesen und das Vorzeigen erfolgte erst 2 Min. später; zwischen Vor- und Nachreihe verstrichen hier 5, dort 1 Trommelrotationen. Eine andere Modifikation des Verfahrens bestand darin, dass zwei Nachreihen (Hauptnachreihen) nur die nämlichen und 2 Vergleichsnachreihen, nur andere betonte Silben als die entsprechenden Vorreihen enthielten; jede der letzteren wurde 14 mal, jede Nachreihe 3 mal gelesen; auf das Lesen der 1. Nachreihe folgte wiederum im Abstande von 20 Sek. das Vorzeigen der Silben der 1. Vor- und Nachreihe, dann das Lesen der 2. Vorreihe etc.; die Lesungen je 2 Vorreihen waren durch 1 1/2 Min. Pause getrennt; die Zeitlagen wurden möglichst variirt; die Versuchsperson musste nun auch in den meisten anderen Versuchsreihen bei jeder Hauptsilbe nach 2 Reproduktionen suchen. Wiederum zeigte sich die effektuelle Hemmung, obgleich sich die assoziative Miterregung deutlich geltend machte, insofern einerseits die Fälle, wo eine Hauptsilbe die zugehörige Silbe der Vorreihe ausschliesslich oder an 1. Stelle reproducirte, eine grössere Procentzahl

kleiner Trefferzeiten ergaben als die Fälle, wo die Vergleichssilben der Vorreihen ihre zugehörigen Silben reproducirten, andererseits bei den Doppeltreffern häufiger aus der Vor- als aus der Nachreihe die zugehörige Silbe an 1. Stelle genannt wurde. Eine weitere Versuchsreihe hatte derartige Vor- und Nachreihen, dass beide in allen betonten Silben übereinstimmten und nur in deren Reihenfolge sich unterschieden; an den ungeraden Versuchstagen wurde jede der 4 Vorreihen 14mal mit 3 Min. Intervall zwischen je 2 Reihen, an den geraden Tagen wurde jede der zugehörigen Nachreihen 5mal gelesen und 20 Sek. oder 10 Min. nach dem Lesen einer Nachreihe erfolgte das Vorzeigen ihrer betonten Silben. Es ergab sich bei der Zwischenzeit von 10 Min. im Vergleich zu der von 20 Sek. eine Zunahme der Treffer der Vorreihe und eine Abnahme der der Nachreihe, so dass letztere bei dem kürzeren Intervall mehr, bei dem längeren genau so viel Treffer wie die Vorreihe erzielte und dort die relative Zahl von Doppeltreffern mit der Vorreihensilbe an 1. Stelle kleiner als hier war, während das Gegentheil in Bezug auf die Doppeltreffer mit der Nachreihensilbe an 1. Stelle galt. Ferner wurden im Interesse der hier erwähnten Probleme 10 Versuchsreihen, aufgestellt mit 4—12 Lesungen der Vorreihe, 4—6 Lesungen der Nachreihe, denen im Abstande von 20 bis 180 Sec. das Vorzeigen folgte; in einer dieser Versuchsreihen wurden die Nachreihen bis zum fehlerfreien Hersagen erlernt, dann die Vorreihe erlernt und noch 3mal gelesen. In der allerersten Versuchsreihe wurden vormittags und nachmittags je 4 12-silbige Reihen vom Versuchsleiter 6mal mit jedesmaliger Aenderung der absoluten Stelle vorgelesen; jede Reihe enthielt ausser den unbetonten Silben 2 nur einmal vorkommende Vergleichs- und 2 in ihr selbst sich wiederholende Hauptsilben, die Zeit des Vorlesens wurde mit der Fünftelsekundenuhr gemessen, die betonten Silben wurden fast unmittelbar nach dem Vorlesen ausgerufen und die Versuchsperson hatte 4 Sek. Ueberlegungszeit. Hier zeigte sich keine effektuelle Hemmung infolge der generativen Hemmung, d. h. derjenigen, infolge deren die Stiftung einer neuen Association durch eine bereits früher gestiftete Association derselben Vorstellung verhindert wird. Auch trat hier noch deutlich die Bevorzugung der Haupttakte durch die Aufmerksamkeit deutlich hervor; trotzdem erzielten die ausgerufenen Hauptsilben verhältnissmässig nur wenig mehr Treffer als die Vergleichssilben. — Aus all' dem ergiebt sich, dass die associative Miterregung abhängt von 1. der Stärke der zuerst gestifteten Associationen, 2. dem Verhalten beim Lesen der Nachreihe, 3. dem Intervall, welches das Lesen der Nachreihe einerseits vom Lesen der Vorreihe andererseits vom Vorzeigen trennt; nur wenn letzteres nicht klein war, dann zeigte sich für die Hauptsilben eine Erhöhung der Trefferzahlen aus den Vorreihen; sonst konnte höchstens die Trefferzeit der richtigen Fälle, die auch ohne das Lesen der Nachreihe erzielt worden wären, verkürzt und die Zahl der Doppeltreffer mit zuerst genannter Vorreihensilbe vermehrt werden; letzteres war auch der Effekt,

wenn die associative Miterregung die entsprechende unbetonte Silbe der Vorreihe nur in Bereitschaft setzte und die Zeit zwischen Lesen der Nachreihe und Vorzeigen kurz war. Die associative Miterregung kommt den Associationen um so mehr zu gut, je stärker sie sind. — Die generative Hemmung ist oft dadurch verdeckt, dass beim Lesen einer Nachreihe die Haupttakte wegen der Geläufigkeit und Bekanntheit bevorzugt werden; auch ist sie von der effektuellen Hemmung nur durch Selbstbeobachtung zu unterscheiden und spielt auch bei der motorischen Herstellung eine Rolle. — Von 2 konkurrirenden Reproduktionstendenzen bestimmt zuerst diejenige das Bewusstsein, welcher an sich die kürzere Reproduktionszeit entspricht. Daher tritt bei kurzem Intervall zwischen Lesen der Nachreihe und Vorzeigen in den Doppeltreffern häufiger die zugehörige Silbe der Nachreihe als die der Vorreihe an 1. Stelle auf, während bei associativer Miterregung das Gegentheil der Fall ist. Daher nimmt auch die Zahl der Doppeltreffer letzterer Art im Laufe des 2—3 Min. dauernden Vorzeigens zu, wenn das Vorzeigen von dem Lesen der Vorreihe mehr als 10 Min., von dem der Nachreihe 20 Sek. entfernt ist; auch die Trefferzeiten der Vergleichssilben nehmen im Verlaufe des Vorzeigens für die Vorreihen ab, für die Nachreihen zu. — Die effektuelle Hemmung kann durch die associative Miterregung verdeckt werden, insofern die Hauptassociationen der Vorreihe hierdurch wiederaufgefrischt werden und bleiben, wenn das Zeitintervall zwischen Lesen der Nachreihe und Vorzeigen nicht kleiner ist. Aber selbst wenn dies der Fall ist, kann durch die associative Miterregung die generative Hemmung verstärkt und ferner die Reproduktionszeit für die Hauptassociationen der Vorreihe verkürzt werden — beides die Hauptassociationen der Vorreihen begünstigende Momente. Daher trat die effektuelle Hemmung um so deutlicher hervor, je seltener die Vorreihe und je häufiger die Nachreihe gelesen wurde und das Intervall zwischen Lesen der Nachreihe und Vorzeigen so bemessen war, dass die Association der Nachreihe noch stark, die Nachwirkung der Miterregung nicht mehr bedeutend war. Die effektuelle Hemmung ist nicht nur dann vorhanden, wenn zur Hauptsilbe die zugehörige Silbe der Nachreihe genannt wird, wie ein Vergleich der Haupt- uud Vergleichsassociationen der Vorreihe in Bezug auf Zeit und Zahl der Treffer ergiebt; auch wird sie nicht nur von über- sondern auch von unterwerthigen konkurrirenden Associationen herbeigeführt; trotzdem ist natürlich ihre Stärke von der Stärke der Associationen abhängig. Durch Nennung der Silbe der Nachreihe durch Vermehrung der Lesungen der Nachreihe wird die effektuelle Hemmung erhöht, während sie sich im Laufe des Vorzeigens verringert, wenn das Intervall zwischen Lesen der Nachreihe und Vorzeigen gering ist. Neben einigen normalpsychologischen Ergebnissen der Untersuchungen durch *Ebbinghaus*, *Bergstroem*, *Calkins* erklärte Verf. durch die effektuelle Hemmung auch Erscheinungen von Paraphasie, von Mitbewegungen nach häufigen Hebeversuchen, und von Ersatzbewegungen.

Auch weisen sie darauf hin, dass in ihren Versuchen dem Hervortreten der effektuellen Hemmung ausser den erwähnten Umständen noch andere entgegenwirkten. So wusste zuweilen die Versuchsperson, dass eine vorgezeigte Hauptsilbe zweifach associirt war und suchte deshalb um so länger wenigstens nach einer zugehörigen Silbe als bei einer Vergleichsilbe. Auch war bei Doppeltreffern das Suchen nach der 2. Silbe weit angenehmer und nachhaltiger als das nach nur einer, insofern die Versuchsperson dort nicht mehr durch die Schalltrichter oder Lippenschlüssel belästigt war. Auch wurden je bei den Vergleichssilben die Nennungen der richtigen Silbe nach einer falschen zu den falschen Fällen, bei den Hauptsilben dagegen zu den an 2. Stelle richtigen Fällen gezählt. — Endlich können bei 2 konkurrirenden Associationen auch assoziative Mischwirkungen aus beiden entstehen, z. B. eine Versetzung des Vokals aus der einen Silbe in die andere; selten nahm der Konsonant in der Mischsilbe eine andere Stellung als in der Komponentensilbe ein. Der Grund für die Entstehung der Mischwirkungen ist nicht etwa eine partielle Verdrängung konkurrirender Associationen analog dem Wettstreite der Sehfelder; denn 2 Hauptassociationen führten seltener zu Mischwirkungen als eine Hauptassociation und die zugehörige rückläufige Association. Vielmehr handelt es sich um eine Ergänzung nur partiell überwerthiger Reproduktionstendenzen, die sich ja seltener bei den starken Hauptassociationen als bei den nur schwachen rückläufigen Associationen finden. Daher auch Mischwirkungen aus den richtigen und nächstfolgenden resp. in der anderen Reihenhälfte korrespondirenden Silben, oder aus den Konsonanten der richtigen und dem Vokale der gezeigten Silbe; daher auch zuweilen die Nennung einer richtigen Silbe vor oder resp. und nach der Mischwirkung. Dagegen handelt es sich bei umfangreichen Reproduktionstendenzen, z. B. beim Sich-Versprechen, bei Phantasievorstellungen um partielle Verdrängung. Endlich weisen die Verf., gestützt auf die Thatsache der Hypnose und andere Erscheinungen, z. B. der Selbstbeobachtung bei ihren Versuchen darauf hin, dass jede vorhandene Reproduktionstendenz je nach ihrer Stärke die Wirksamkeit einer anderen Reproduktionstendenz beeinträchtigt, so dass eine generative und effektuelle Hemmung vermuthlich von allen vorhandenen Reproduktionstendenzen ausgeht. — Den Schluss dieses Kapitels bildet eine Untersuchung über den Einfluss der Längen der Silbenreihen. Dass mit Zunahme dieser auch die zum Erlernen nöthige Wiederholungszahl wächst, liegt 1. daran, dass bei gleich starken Associationen die zufälligen Einflüsse das Hersagen um so mehr verhindern können, je mehr Uebergänge von einer Silbe zur anderen in der Reihe vorkommen, 2. an der um so grösseren Ermüdung bei der gleichen Anzahl von Lesungen, je länger die Reihe ist, so dass einerseits die letzten Lesungen mit geringerer Aufmerksamkeit und Aneignungskraft stattfinden, andererseits beim Hersagen die Konzentrationsfähigkeit plötzlich versagt, 3. an der um so grösseren Hemmung, die von den in Bereitschaft befindlichen

Silben in Bezug auf die aneignende Wirkung der letzten Lesungen und auf die Wirksamkeit der Associationen beim Hersagen ausgeht, je länger die Reihen sind. Von diesen 3 Umständen kommt beim Trefferverfahren, wenn der Längenunterschied und die Wiederholungszahl nicht zu gross ist, nur der letzte in Betracht. Um diese Frage experimentell zu erledigen, wurden in einer Versuchsreihe zwei 12-silbige in 2 und zwei 18-silbige Reihen in 3 gleichen Theilen gelesen, und zwar bei regelmässigem Wechsel der Zeitlagen; zwischen Lesen und Vorzeigen einer Reihe verstrichen 5 Min., die regellos wechselnden Anzahlen der Wiederholungen waren 7, 8, 9, 12 13 und 14. Bei der grösseren Reihenlänge war bei hoher wie niedriger Wiederholungszahl die Trefferzahl geringer, die Trefferzeit länger; umgekehrt wirkte die Zunahme der Lesungen. —

Das nächste — 5. — Kapitel behandelt die rückwirkende Hemmung. Als nämlich 4 Reihen täglich derart gelesen wurden, dass die 1. und 2. bei einem Intervall von 36 Sek. zwischen beiden je 6 mal gelesen und 10 Min. darauf die 12 betonten Silben beider Reihen vorgezeigt wurden, und zwar abwechselnd die jeder an den 6 ersten und 6 letzten Stellen und endlich die 3. und 4. Reihe in einem Intervall von 6 Min. je 14 mal gelesen und ihre Silben erst 24 Stunden später entweder vor dem Lesen oder nach dem Vorzeigen der 1. und 2. Reihe vorgezeigt wurden, und zwar wiederum so, dass das eine Mal die 6 Silben der 3., das andere Mal die der 4. Reihe zuerst kamen; da zeigte sich kein Einfluss des Alters der A. auf die Trefferzahl, dagegen erzielten die 1. und 2. Reihe mehr Treffer wenn ihre Silben zuerst gezeigt wurden, während bei der 3. und 4. Reihe das Gegentheil der Fall war; der Vermehrung der Trefferzahl entsprach eine Verkürzung der Trefferzeit. Dieses auffällige Verhalten der 3. und 4. Reihe kann nicht etwa in der Vorbereitung der 6 letzten A. durch das Vorzeigen der 6 ersten Silben begründet sein, da sich dieser fördernde Einfluss in noch höherem Grade bei der 1. und 2. Reihe und bei der 3. und 4. Reihe durch einen Vergleich der 3 zuerst gezeigten mit den 3 zuletzt gezeigten Silben hätte geltend machen müssen, was aber nicht der Fall war. Als nun die gleiche Versuchsreihe an einer anderen Person angestellt wurde, nur dass die 3. und 4. Reihe 18 mal in 3 Gruppen von je 6 durch 1 Min. getrennten Malen gelesen wurde und zwischen der letzten Lesung der 2. Reihe und dem Vorzeigen der Silben der 1. und 2. Reihe nur 5 Min. verstrichen, gab sich der Einfluss des Alters der A. wohl zu erkennen und wurden auch in der 3. und 4. Reihe die Trefferzahlen geringer und die Trefferzeiten grösser, wenn ihre Silben die letzten 6 Stellen beim Vorzeigen einnahmen. Dagegen ergab die 2. und 4. Reihe in beiden Zeitlagen eine grössere Trefferzahl und eine geringere Trefferzeit als die 1. und 3. Reihe; auch gaben in den beiden letzten Reihen die Versuchspersonen an, dass die A. einer Reihe durch das unmittelbar oder kurz darauf folgende Lesen einer anderen Reihe geschädigt wurden. Um diese rückwirkende Hemmung, die durch die Ermüdung bei der zu zweit gelesenen Reihe kompensirt werden kann

zu erweisen, wurden folgende Versuche angestellt: An jedem Tage wurden 2 Reihen im Abstande von ca. 35 Sek. je 8 mal gelesen und 6 Min. nach Beendigung der Lesungen der 1. Reihe (A. Hauptreihe) wurden ihre betonten Silben vorgezeigt; hierauf wurden, um die Versuchsperson zu zwingen auch der 2. Reihe (Nachreihe) ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, auch von dieser 3 beliebige betonte Silben vorgezeigt. Sodann oder am Anfang der Sitzung wurde eine 3. Reihe (A.-Versuchsreihe) 8 mal gelesen und 6 Min. darauf folgte das Vorzeigen ihrer betonten Silben; endlich wurde täglich zum Schluss noch eine 4. Reihe 16 mal gelesen und zwar in 2 durch 1 Min. getrennten Gruppen von je 8 Malen und ihr an den ungraden Tagen 1 Min. später eine in gleicher Weise 16 mal zu lesende Nachreihe nachgeschickt; die betonten Silben der ersten dieser beiden Reihen wurden erst 24 Std. später am Anfang oder Schluss der Sitzung vorgezeigt. Es ergab sich eine grössere Trefferzahl und kürzere Trefferzeit für die Reihen ohne Nachreihen als für die mit solchen. Dasselbe zeigte sich bei zwei anderen Versuchsreihen mit jedesmal 12- resp. 6 maligem Lesen der Hauptreihen und 12- resp. 8 maligem Lesen der Nachreihen bei einem Intervall von 17,8 resp. 27 Sek. zwischen Haupt- und Nachreihe und von 8 Min. zwischen der letzten Lesung der Hauptreihe und dem Vorzeigen ihrer betonten Silben; auch wusste die Versuchsperson in Folge des unregelmässigen Wechsels nicht, ob zu einer Reihe noch eine Nachreihe kommt. Im Laufe der Sitzung nahm die rückwirkende Hemmung immer mehr ab, offenbar in Folge der Ermüdung und des hierdurch bedingten weniger aufmerksamen Lesens der Nachreihen. Das Lesen illustrirter Blätter zwischen dem Reihenlesen und Vorzeigen bezeichneten die Versuchspersonen ebenfalls als Störung der gestifteten A.; gleichwohl wurden hier wie sonst alle diejenigen unbetonten Silben zu Protokoll genommen, die vor dem Vorzeigen bewusst wurden. Die rückwirkende Hemmung erwies sich um so stärker, je früher die Nachreihen gelesen wurden, wie folgende Versuchsreihe zeigte: Zwischen Haupt- und Nachreihe verstrichen das eine Mal 17 Sek., das andere Mal 6 Min., die Zeitlage der Intervalle wechselte regelmässig; jede Reihe wurde 12 mal gelesen; vor dem Lesen der 2. Hauptreihe lag eine Pause von 10 Min. und eine von $1^1/_2$ Std. vor dem Vorzeigen der betonten Silben beider Hauptreihen durcheinander; hierauf wurden wieder der Aufmerksamkeit wegen aus jeder der beiden Nachreihen 3 Silben gezeigt. Auch hier Zurückweisung illustrirter Zeitschriften und der Einfluss der Zeitlage der Silbenreihen; der Vortheil der längeren Pause zwischen Haupt- und Nachreihe war bei der 2. Zeitlage geringer als bei der ersten. Dass es sich bei der rückwirkenden Hemmung nur um die geistige Anspannung beim Lesen der Nachreihe handelt, bewiesen Versuche, bei denen an die Stelle der Nachreihen 3 Landschaftsbilder traten, deren jedes ca. 10 Sek. lang aufmerksam betrachtet wurde, um es dann zu beschreiben; zur Vermeidung der Ermüdung nahmen Betrachtung und Beschreibung der 3 Bilder nur 2 Min. in Anspruch: wiederum

war die Trefferzahl grösser und die Trefferzeit kürzer, wenn keine Bilderversuche auf die Hauptreihe folgten. Zum Nachweis der rückwirkenden Hemmung durch die Ersparnismethode diente folgende Versuchsreihe: An jedem Tage wurden 5 Reihen gelernt, und zwar wurden zunächst 2 Reihen im Abstand von 4 Min. je 5mal gelesen, dann eine Nachreihe erlernt, 4 Min. später eine 3. und 4. Reihe im Abstande von 4 Min. je 5mal gelesen und hierauf wieder eine Nachreihe erlernt; nach 10 Min. wurden auch die 4 anderen Reihen in Zwischenpausen von je 2 Min. erlernt; in den späteren Versuchstagen wurden die Nachreihen nur 10mal und die anderen Reihen zunächst nur je 4mal gelesen, auch wurden von den letzteren jedes zusammengehörige Paar schon 5 Min. nach den Lesungen der zugehörigen Nachreihe erlernt. Es wurde die 1. und 3. Reihe in weniger Wiederholungen erlernt als die 2. und 4. Dieser Einfluss der rückwirkenden Hemmung zeigte sich auch, als an die Stelle der Nachreihen wieder Bilderversuche traten. Auch den schon öfter konstatirten Einfluss der Zeitlage, insofern eine Reihe um so mehr Treffer lieferte, je später sie gelesen wurde, führen Verf. auf die rückwirkende Hemmung zurück, die sie dadurch erklären, dass nach dem Lesen einer Silbenreihe gewisse physiologische Vorgänge, welche zur Verstärkung der beim Lesen gestifteten A. dienen, mit allmählich abnehmender Stärke eine gewisse Zeit hindurch nachdauern.“ Diese Vorgänge, die wahrscheinlich dieselben wie die Perseverationstendenzen sind, werden durch anderweitige geistige Inanspruchnahme gestört.

Schon im Alltagsleben zeigt ein jeder, insbesondere aber, der letzte Bestandtheil in einer mehr oder weniger oft dagewesenen Reihe successiver Vorstellungen die Tendenz, zunächst das Anfangsglied und dann auch die übrigen Glieder der Reihe in richtiger Ordnung zu reproduciren. Diese initiale Reproduktionstendenz, die um so stärker wirkt je schwächer die konkurrirenden Reproduktionstendenzen sind, liegt auch den Thatsachen zu Grunde, dass wir in einem Gedichte nach einer Zeile die folgende leichter hersagen können, wenn sich beide reimen, und dass bei Willensakten die Vorstellung des Effektes die Vorstellungen der zu ihm führenden Bewegungen reproducirt. Experimentell ergaben die initiale Reproduktionstendenz 3 Versuchsreihen, in denen von 4 12-silbigen Reihen täglich zwei 9 resp. 8 resp. 7mal und die anderen beiden 12 resp. 11mal in anapästischem Takte gelesen wurden; vorgezeigt wurden die letzten Silben der 4 Takte jeder Reihe 5 Min. nach ihrem Lesen; die Versuchsperson hatte stets die Silben in der Reihenfolge zu nennen, wie sie im Bewusstsein auftraten: Immer wurde öfter die erste Silbe des Taktes ausschliesslich oder an 1. Stelle genannt, als die zweite; auch die Zeit war für jene kürzer als für diese. —

Der Feststellung rückläufiger Associationen überhaupt diente folgende Versuchsreihe: An jedem Tage wurden 4 Reihen bis zum erstmaligen Hersagen gelesen und zwar wie sonst im trochäischen Takte;

3 Min. nach der Erlernung einer Reihe wurden abwechselnd von der einen die betonten, von der anderen die unbetonten Silben gezeigt; die Versuchsperson hatte wieder die Silben in der Reihenfolge, in der sie bewusst wurden, zu nennen. Es wurde viel häufiger die nächstfolgende genannt, wenn diese dem Takte der vorgezeigten angehörte, als wenn dies nicht der Fall war; sehr stark war auch die Tendenz der Endsilbe eines Taktes die vorhergehende zu reprudociren; diese Tendenz trat auch in den anderen Versuchsreihen häufig bei den falschen Fällen auf, indem zu einer gezeigten betonten Silbe diejenige betonte Silbe genannt wurde, welche der beim vorangegangenen Vorzeigen fälschlich genannten unbetonten Silbe voranging. Auch ergab sich eine gewisse Association zwischen der betonten und vorangehenden unbetonten Silbe, die nur wenig seltener als irgend eine andere, weder nachfolgende noch vorhergehende Silbe genannt wurde. Die Bedeutung, welche die rückläufige A. auch in den anderen Versuchsreihen hatte, zeigen die Mischwirkungen, sowie die relativ häufigen Reproduktionen der letzten Silbe beim Vorzeigen der 1., obgleich diese ca. 1,8 Sek. nach jener wieder gelesen wurde. Die rückläufige 1. ist bei einem langen Intervall zwischen Lesen und Vorzeigen weniger deutlich. — Als eine weitere Quelle falscher Fälle zeigte sich die aktive Substitution, indem je nach Umständen und Personen eine Silbe reproducirt wurde, die nicht mit der gezeigten, sondern einer ihr ähnlichen betonten oder unbetonten, vorwärts- oder rückläufig associirt ist; diese Aehnlichkeit war verschiedenen Grades, bestand z. B. in der Identität 1 oder 2 oder in der Umkehrung aller 3 Buchstaben. Auch passive Substitution machte sich geltend. insofern eine Silbe genannt wurde, die der richtigen ähnelte: so wurden sinnlose Silben durch ähnlich lautende sinnvolle ersetzt, namentlich wenn diese zur vorgezeigten Silbe in näherer Beziehung stand: auch war zuweilen die falsche Silbe eine vor Kurzem vorgekommene, der richtigen ähnlichen Silbe; manche Versuchspersonen vertauschten gern ö mit eu, o mit ö, a mit ä, u mit ü, ch mit sch; zuweilen wurde die richtige Silbe oder eine andere Silbe der Reihe ganz oder theilweise umgekehrt; manchmal waren 2 Buchstaben bekannt und der 3. irgendwie ergänzt; es mag auch vorgekommen sein, dass schon das Lesen einer Silbe eine ähnliche ins Bewusstsein oder wenigstens in Bereitschaft setzte; auch fehlte es nicht an Kombinationen der aktiven und passiven Substitution. — A. durch mittelbare Folge kamen nicht bei allen Versuchspersonen vor; auch Kombinationen der richtigen und der ihr folgenden Silbe traten auf. Vermittelte A., wo eine Silbe eine andere reproducirte, die nicht zu ihr sondern zu der mit ihr in einer anderen Reihe associirten 3. Silbe gehörte, kamen sehr selten vor und liessen auch dann noch eine andere Deutung zu; auch die von *Aschaffenburg* angegebenen mittelbaren A. sind nicht als solche anzusprechen. — Die absolute Stelle bedingte falsche Fälle, indem 1 die Silbe genannt wurde, welche in einer kürzlich gelesenen Reihe dieselbe Stelle wie die richtige einnahm, 2. die vorgezeigte Silbe an eine falsche

Stelle gesetzt und die dieser folgende Silbe reproducirt wurde, 3. diejenige Silbe genannt wurde, welche die nämliche absolute Stelle wie die richtige Silbe, aber in der anderen Reihenhälfte einnahm. — Weitere Ursachen falscher Fälle waren, dass eine Silbe genannt wurde, die auf die vorgezeigte vor Wochen oder Monaten gefolgt, oder durch eine vorher gezeigte in Bereitschaft gesetzt worden war, insofern sie mit dieser rückläufig oder vorwärtsläufig oder mittelst aktiver Substitution associirt war. Durch Verlegenheit wurde, allerdings selten, eine aus der betreffenden Reihe stammende, kurz vorher gezeigte Silbe oder wiederholt in der nämlichen Reihe dieselbe falsche Silbe genannt; zuweilen ergab die genannte Silbe mit der vorgezeigten einen Anklang an ein bekanntes Wort oder an 2 ihrer Bedeutung nach an einander erinnernde Wörter; manchmal prägte sich auch die Versuchsperson die richtige Silbe als eine solche von der oder jener Bedeutung und zu der gezeigten Silbe gehörige ein, um dann eine andere Silbe von gleicher oder ähnlicher Bedeutung zu nennen. Als associative Mischwirkungen traten falsche Fälle auf, wenn diese Kombinationen der richtigen Silbe mit der ihr mittelbar oder unmittelbar folgenden oder in der anderen Reihenhälfte resp. in einer anderen Reihe korrespondirenden oder mit der vorgezeigten selbst oder der dieser vorhergehenden Silbe oder mit einer solchen, die mit der unmittelbar vorher gezeigten rück- oder vorwärtsläufig associirt war; zuweilen wurden auch kombinirt eine Silbe, die der vorgezeigten oder einer ihr ähnlichen wirklich gefolgt war, und eine für diese fälschlich einmal genannte Silbe, oder die beiden Silben des Taktes, der dem Takte der vorgezeigten Silbe folgte oder vorausging oder in der anderen Reihenhälfte korrespondirte, oder gar vor Kurzem einmal dagewesen war, zur vorgezeigten Silbe aber in gar keiner Beziehung stand; auch wurden zuweilen 2 Silben einer Reihe kombinirt, von denen beide oder eine umgekehrt wurden; manchmal ergaben dieselben Silben unmittelbar hinter einander 2 verschiedene Kombinationen; auch bei anapästisch gelesenen Reihen kamen Mischformen z. B. der 1. und 2. Silbe des Taktes der vorgezeigten Silbe vor. Im Allgemeinen sind die beiden Reproduktionstendenzen bei einer Mischform zumeist unabhängig von einander, nur selten zieht die eine erst die andere nach sich. Auch unmotivirte falsche Fälle finden sich, namentlich bei ungeübten und minderwerthigen Versuchspersonen. Die falschen Fälle, deren Studium für die Lehre von den Fehlreproduktionen von Bedeutung ist, stehen in Beziehung zum Sich-versprechen und Sich-verschreiben, im Gegensatz hierzu kannten aber die Versuchspersonen fast niemals die richtige Silbe. —

Im letzten Kapitel behandelt Verf. als „Verschiedenes" zunächst den Einfluss der Vertheilung. Wie bei *Jost* fand sich auch hier die Vertheilung in engen wie weiten Intervallen vortheilhafter als die Kumulirung. So ergaben sich mehr Treffer, wenn eine Reihe an drei aufeinanderfolgenden Tagen je 4mal, als wenn sie 14mal hinter einander gelesen wurde und zwischen der letzten Lesung und dem Vorzeigen in beiden Fällen 12 Min.

verstrichen. Auch bei einer Vertheilung von 14 Lesungen auf 2 Tage zu je 7 war die Trefferzahl grösser als bei 14 kumulirten Lesungen, obgleich dort das Intervall zwischen Lesen und Vorzeigen 24 Std., hier nur 12 Min. betrug. Auch als das eine Mal 15 Lesungen hintereinander, das andere Mal in drei gleichen durch 2½ Min. von einander getrennten Gruppen erfolgten, waren dort weniger Treffer als hier, gleichviel ob das Intervall zwischen Lesen und Vorzeigen in beiden Fällen 285 oder dort 225, hier 165 Sek. betrug. Im Verlaufe des Vorzeigens nimmt die Associationsstärke bei der Kumulirung schneller ab, als bei der Vertheilung. — Dass alte A. nicht gleichmässiger sind, als neue von gleicher durchschnittlicher Treffertüchtigkeit, beweist die Thatsache, dass unter zwei gleich grossen Schaaren von A. sich nicht mehr Reihen mit nur Treffern oder Nichttreffern fanden, wenn sie vor 24 Stunden 14mal, als wenn sie vor 10 oder 5 Min. 6mal gelesen wurden. *Jost* hat also Recht, dass, wenn 2 A. von gleicher Stärke, aber verschiedenem Alter sind, eine Neuwiederholung für die ältere einen höheren Verstärkungswerth als für die jüngere besitzt. Auch der zweite *Jost*'sche Satz, dass von 2 A. gleicher Stärke die ältere langsamer in der Zeit abfällt als die jüngere, glauben Verf. in ihren Versuchen bestätigt zu sehen, indem in den ersten 3 Zeitlagen des Vorzeigens die alten Vorreihen sogar etwas weniger, die jungen Nachreihen dagegen erheblich mehr Treffer als in den letzten 3 Zeitlagen ergaben. — Was die verschiedene Festigkeit betrifft, mit der die einzelnen Buchstaben im Gedächtniss haften, so war bei den weitaus meisten Versuchspersonen in den theilweise richtigen Silben häufiger der Anfangs- als der Endkonsonant richtig; das Verhältniss der richtigen Vokale zu den richtigen Konsonanten in den Theiltreffern hängt von dem individuellen Gedächtnisstypus ab: beim visuellen überwiegen die Konsonanten wegen ihrer Stellung und Form, bei dem akustischen die Vokale; beim akustischen Verfahren hängt dieses Verhältniss von der Deutlichkeit ab, mit der die Konsonanten vorgesprochen werden. Auch die Fälle, in denen von der richtigen Silbe nur ein Vokal genannt werden konnte, ebenso eine Zusammenstellung der Theiltreffer, je nachdem einer von den beiden Konsonanten und dem Vokale oder beide Konsonanten richtig waren, zeigen die individuellen Unterschiede in Bezug auf die Gedächtnissart. Die einzelnen Vokale wiederum haften verschieden fest, je nachdem es sich um Stark- oder Schwachauditive handelt. Bei jenen wurden in den Theiltreffern am häufigsten die Vokale richtig genannt, die akustisch besonders eindringlicher sind, oder in der Sprache selten vorkommen oder schwer auszusprechen sind, so dass z. B. eu und ö am häufigsten, a und u am seltensten richtig genannt wurden. Bei den Schwachauditiven ist dagegen der Einfluss des akustischen Elements nicht zu erkennen. Unter den Endkonsonanten stehen bei den Starkauditiven das sch als dreibuchstabiger Konsonant von besonderer Stärke, Dauer und heller Farbe obenan, hieran reihen sich p und z, während s am seltensten richtig genannt wurde; die Differenzen bei den Schwach-

auditiven sind sehr gering, jedoch stimmt die Thatsache, dass das dreibuchstabige sch und das zweibuchstabige ch am häufigsten und das unscheinbare r am seltensten richtig genannt wurde, gut zu einem visuellen Gedächtniss. — Auch die Differenzen in den Häufigkeitszahlen der Anfangskonsonanten sind in Folge des Aufbaus — zu abschliessenden Resultaten führen nur eigens auf diese Frage gerichtete Untersuchungen — zu gering; immerhin ist es einleuchtend, wenn das seltene j bei allen am häufigsten, und das h bei den Starkauditiven am seltensten richtig genannt wurde. Ein massgebender Einfluss der kinaesthetischen Empfindungen war nirgends zu beobachten. — Der Einfluss der Stellenzahl des Taktes auf die Treffer zeigt individuelle Unterschiede: bei dem einen sinkt die Trefferzahl vom 1. bis 4. oder 5. Takt um beim 6. ein 2. Maximum zu erreichen; beim anderen liefert der 3. Takt mehr Treffer als der 2. und 4. aber weniger als der 1. und 6.; zuweilen wurde auch der 1. Takt überhaupt, wohl aber der 3. und 6. oder allein der 6., der durch die ihm folgende längere Pause durchklingen kann, bevorzugt; fehlt die längere Pause am Ende der Reihe, dann verlieren der 1. und 6. Takt ihre bevorzugte Stellung. — An sonstigen individuellen Differenzen heben Verf. hervor, dass die Konzentration der Aufmerksamkeit auf sinnlose Silben sehr verschieden ist und bei derselben Person sich jene ändert, je nachdem es sich um sinnloses oder sinnvolles Material handelt. — In den begrifflichen und methodologischen Schlussbemerkungen setzen Verf. auseinander, dass die Ersparniss- und Treffermethode 4 verschiedene Grössen liefert: 1. die relative Trefferzahl, die nicht bloss von der Associationstärke abhängt, sondern auch von den Perseverationstendenzen und von dem Vertheilungsgesetze, nach welchem die einzelnen Associationsstärken von ihrem Mittelwerthe nach oben und unten abweichen, 2. mittlere Trefferzeit, die ebenfalls durch die Associationsstärke und Perseverationstendenz, sodann aber auch durch die Anzahl der unterwerthigen A., die zur Ueberwerthigkeit gelangen, bedingt ist; 3. der durchschnittliche Ersparniswerth, der ebenfalls von der Associationsstärke bestimmt wird; im Unterschiede von der Trefferzahl kommt aber hier auch die Beschaffenheit des Vertheilungsgesetzes der A., der Grad des Abstandes der über- und unterwerthigen A. von der Reproduktionsschwelle, in Betracht; ohne Einfluss ist hier die Perseverationstendenz, dagegen ist hier die Reihenlänge, die Stellung der zu untersuchenden A., die Frische der Aufmerksamkeit bei den Wiederholungen, und die von der Individualität und dem Alter der A. abhängige Susceptibilität, d. h. die Leichtigkeit, mit der die Associationsstärke durch Neuwiederholungen erhöht wird, von Bedeutung; 4. die für die Erlernung einer Reihe durchschnittlich erforderliche Wiederholungszahl, die sich nach der Art der Reihe und den Umständen der Erlernung ändert. Im Allgemeinen hat die Erlernungsmethode den Vortheil, die Perseverationstendenz der gelesenen Silben mehr oder minder auszuschliessen, ebenso die Reproduktion oder Bereitsetzung erst später zu

nennender Silben durch die jetzt vorgezeigte Silbe. Die Treffermethode wiederum hat den Vorzug, dass sich für sie mehr Versuchspersonen eignen und bereit finden, dass ihre Resultate in Folge ihrer Unabhängigkeit von der Susceptibilität eindeutiger sind, dass sie durch die Zeiten der Treffer, falschen Fälle und Nullfälle und durch die Beschaffenheit der falschen Fälle mehr Aufschluss giebt, und dass sie bei der gleichen Zahl benutzter Silbenreihen mehr Beobachtungswerthe liefert, als die Erlernungsmethode; auch fehlen hier die überhohen Beobachtungswerthe der letzteren. Endlich kann das Trefferverfahren mit freien A. verbunden werden, wobei die Versuchsperson jede beliebige, durch die vorgezeigte Silbe reproduzirte Silbe, und wenn deren mehrere sind, in der Reihenfolge ihres Bewusstwerdens zu nennen hat. Uebrigens giebt es auch noch andere Untersuchungsmethoden des Gedächtnisses. — Was die Deutung der Begriffe Reproduktionstendenz und Associationsstärke betrifft, so ist sie physiologisch wenn man darunter versteht, „den Grad der Stärke oder Ausgeprägtheit desjenigen Vorgangs oder Zustandes gewisser Hirnorgane, welcher die physiologisch-anatomische Grundlage der Reproduktionstendenz darstelle.“ Im psychologischen Sinne ist sie die längere oder kürzere Reproduktionszeit. Auch kann man sich einfach begnügen die Trefferzahl, Trefferzeit, den Ersparniswerth etc. festzustellen, ohne mit Begriffen, wie Reproduktionstendenz zu operiren. Letzteres dürfte weder der Oekonomie der Wissenschaft noch dem Verständniss gewisser Gesetzmässigkeiten genügen; die psychologische Definition ist „unfertig“, da auch unterwerthige Reproduktionstendenzen, sowie das Alter der A. berücksichtigt werden müssen; dagegen wird die physiologische Deutung allen gefundenen Erfahrungsthatsachen, sowie pathologischen Erscheinungen gerecht. —

Als „Anhang“ ist dem Werke ein „Bericht über einige Versuche von Müller und Schumann zur Untersuchung des *Hipp*'schen Chronoskopes“ beigefügt, der zu folgenden Sätzen für den Fall der totalen Stromesöffnung während der zu messenden Zeit gelangt: 1. Zeiten, welche kleiner als 106 σ sind, sind bei Benutzung angemessener Stromstärken länger als das Studium des remanenten Magnetismus; 2. hat man also ein richtig gehendes Chronoskop auf eine Zeit von z. B. 130 σ richtig eingestellt, so giebt dasselbe auch für viel grössere Zeiten richtige Werthe an; 3. der Fehler, welcher aus unangemessenen Verhältnissen der Stromstärke und der Federspannungen entspringt, ist für grosse Zeiten derselbe wie für eine kleine Zeit von ca. 130 σ; 4. ist der Gang des Chronoskops ein fehlerhafter, so kann dasselbe doch für eine bestimmte Zeit (von z. B. 130 σ) richtige Angaben machen, indem die Differenz zwischen der Latenzzeit der Stromesöffnung und der der Stromesschliessung einen entsprechenden positiven oder negativen Werth besitzt.

Cordes, G., Experimentelle Untersuchungen über Associationen. Philos. Stud. Bd. XVII, S. 30—77.

Die Versuchsperson sass in einem schwarzen Kasten, in dessen Wand sich ein kurzer vierkantiger Tubus befand; die vordere Oeffnung des letzteren war durch einen Vorhang verdeckt; ca. 50 cm vom Auge der Versuchsperson entfernt war die Karte mit dem Reizwort oder -bild, die nach einem Signal etwa 3 Sek. lang sichtbar wurde. Verf. bevorzugte das optische Verfahren, weil die Versuchsperson im Dunkeln sass, so dass das Reizwort einen sehr lebhaften Eindruck machte; auch soll sich an ein einzelnes gesehenes Wort leichter eine Vorstellung associiren als an ein einzelnes gehörtes Wort, da uns dieses im gewöhnlichen Leben seltener begegnet, als jenes; ferner ist bei gedruckten Worten eher eine Konstanz des Sinneseindrucks zu erzielen; ebenso können bei einem optischen Reize leichter auf diesen bezügliche nachträgliche Feststellungen gemacht werden als bei dem schnell verwehenden gesprochenen Worte; endlich lassen sich dort bequemer unauffällige Zeichen als Nebenreize zur Erzielung mittelbarer Associationen anbringen, als hier. Die Reagenten hatten unter Vermeidung aller Umstände, die in ihnen die Meinung „associiren zu sollen“ hätten verstärken können, die während und unmittelbar nach der Reizwahrnehmung ablaufenden psychischen Phänomene in beliebig langer Zeit zu schildern. In 45 Sek. wurden 30—60 Versuche angestellt. Die ungewohnte Situation des Experimentes störte nur im Anfang. Als Versuchspersonen dienten, abgesehen von einigen gelegentlichen Versuchen, 8 Herren. Die Zeit wurde nicht bestimmt, da sie mit Ausnahme vielleicht der Fälle, wo Worte, oder sofort mit ihren Kennworten auftretende Vorstellungen associirt wurden, völlig werthlos sei. — In Abweichung von den bisherigen Untersuchungen auf diesem Gebiete betrachtet Verf. zunächst in den „einfachen Associationen“ das 1. Glied (A-Phänomen) d. h. das durch den Reiz unmittelbar angeregte Phänomen. Am häufigsten war dies die Vorstellung von dem Inhalte des Reizwortes und zwar zunächst in einem Akte mit der Apperception des Schriftbildes; erfolgte diese früher, dann wurde jene associirt. Aber als Wortsinn wurde sehr Verschiedenes vorgestellt oder mit dem objektiven Reize assimilirt, je nach der Qualität des Reizwortes und der psychischen Eigenart des Reagenten. Zuweilen führte aber die Reizapperception überhaupt nicht, oder wenigstens nicht unmittelbar zur Auffassung des Wortsinns, sondern die Aufmerksamkeit blieb am Schriftbilde haften, oder noch während des Lesens löste der erste Eindruck des Gesammtbildes eine Vorstellung aus, die von der Versuchsperson nicht als Wortsinn angenommen wurde, oder der Leseprozess führte die Wortvorstellung, dessen Typus (akustisch oder visuell etc.) nicht genau zu bestimmen war, herbei. Schon im letzteren Falle war die Grenze zwischen Apperception und Association schwer zu ziehen; das Gleiche ergab sich, wenn namentlich bei sinnlosen Silben eine „unmittelbare Ergänzung oder anderweitige dem Schriftbilde nicht ganz entsprechende Auffassung“ eintrat, ohne dass die Versuchsperson sich verlesen haben wollte. Zuweilen kamen auch Uebergangsformen oder Kombinationen dieser verschiedenen Auffassungsarten vor; manchmal waren

diese überhaupt nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Am komplicirtesten und der Beschreibung am wenigsten zugänglich war der Auffassungsakt, wenn das Reizwort auf farbigen Karten oder unter sonstigen ablenkenden Umständen erschien, wobei Haupt- und Nebenreiz simultan oder successiv oder alternirend aufgefasst wurden, jedoch fast stets unter Bevorzugung des zu appercipirenden Reizwortes. In diesen Fällen trat zuweilen sehr deutlich als erster Eindruck ein Gefühl hervor, dem dann die Association entsprach; wahrscheinlich ist dies auch sonst zuweilen der Fall gewesen und nur der Beobachtung entgangen. Auch als Befehl wurde manchmal das Reizwort aufgefasst. — Nicht minder vielgestaltig war das associirte (B-)Phänomen. Dies kann ein blosses Wort — Klangassociation — sein, namentlich wenn die Versuchsperson meint, etwas sagen zu müssen; sonst kommt sie nur selten vor; mit ihr verwandt ist die Wortergänzung. Häufiger wird eine Vorstellung in den verschiedensten Arten associirt, zuweilen eine bildartige, scharf umrissene Phantasie- oder Erinnerungsvorstellung, und zwar sowohl bei Bildern, wie Zeichnungen, wie Wörtern; der Zusammenhang mit dem A-Phänomen wurde oft erst später klar; die Anzahl dieser Associationen ist individuell verschieden. Nicht selten verband sich mit der associirten Vorstellung ein Gefühlston, der ihr voranging oder nachfolgte oder sie begleitete. Das die Vorstellung bezeichnende Wort kam entweder gleichzeitig mit ihr oder nach ihr zum Bewusstsein. Zuweilen wurde mit dem Reizworte eine Vorstellung und ein zu jenem in Beziehung stehendes Wort associirt (Doppelassociation). Wurde das Reizwort als Befehl aufgefasst, so trat häufig vor jeder Vorstellungsassociation eine Bewegung auf, der die Bewegungsvorstellung folgte, die nunmehr in dem weiteren Vorstellungsverlauf eingriff (gestörte A.) oder ihn allein bedingte (keine A.). Wahrscheinlich ist auch oft die leise Artikulation des appercipirten Reizwortes für die Association, namentlich für die Klangassociationen von Bedeutung. Zuweilen verlieh auch die Apperception des Wortsinns einer möglicherweise schon vorhandenen leisen Empfindung eine abnorme Intensität. Sehr häufig blieb auch die Association ganz oder in wichtigen Theilen so unklar, dass sie der Selbstbeobachtung nicht zugänglich war. So stellte sich manchmal nur eine Erwartung auf etwas Bestimmtes, das aber nur in einzelnen Merkmalen zum Bewusstsein kam, oder ein ganzer Komplex von Vorstellungen, die nicht differenzirt wurden, ein. Zuweilen traten auch aus der associirten Sphäre einzelne Vorstellungen hervor. Ja, es kam auch vor, dass auch mehrere Vorstellungen, die nicht nur einer Sphäre angehörten, assoicirt wurden. Eigentliche Urtheilsassociationen will Verf. nur in 2 Fällen beobachtet haben, denn wo ein Theilvorgang der Reizauffassung zum Urtheil über den Reiz führte oder der Name resp. die Vorstellung des dem Reizbilde entsprechenden Objekts sich einstellte und die Identifikation vollzogen wurde, z. B. Erkennung einer Photographie, oder die Schlussvorstellung eines eingeübten, nicht reproducirten Vorgangs z. B. der Quotient einer Division auftrat, handelt es sich um apperceptive

Vorgänge. Die *Ziehen*'sche Unterscheidung zwischen springenden und Urtheilsassociationen ist also hinfällig. Ueberhaupt will Z. von allen Eintheilungen, denen das Verhältniss des Reaktionswortes zum Reizworte zu Grunde liegt, nichts wissen. — Auf Grund dieser Ergebnisse schildert Verf. das psychologische Verhältniss des B-Phänomens zum A-Phänomen derart, dass ein einzelnes Element oder ein Komplex von Elementen im letzteren hervortritt, länger verweilt, so dass sich ihm reproduktive Elemente zugesellen und so eine der nachfolgenden Erinnerung zugängliche Association erfolgt. Finden sich in dieser mehrere Elemente des A-Phänomens different, so perseverirten von diesen mehrere Theilvorgänge oder es associirten sich dem einen perseverirenden Element auch Reproduktionen eben abgelaufener Bestandtheile des Auffassungsaktes. Bei mehrgliedrigen Associationen perseverirt oft ein anderer Bestandtheil aus der ersten Association als derjenige, der zu dieser von der Wahrnehmung führte. Das aus dem A-Phänomen perseverirende Element, das eine Gesichts- oder Gehörs- oder Innervations- oder Totalempfindung oder ein Gefühl oder eine Vorstellung ist, kann die Association bilden oder nur mitbestimmen. Neben der psychischen Vermittlung kommen auch physische Faktoren (momentan Lage und eingeübte Dispositionen des Artikulationsmechanismus) in Betracht. Das Vorkommen mittelbarer Associationen hält Verf. weder durch die Versuche *Scripture*'s noch *Aschaffenburg*'s noch *Ziehen*'s mit Sicherheit erwiesen. Auch Doppelreihen von Worten, deren 1. Hälfte einem Gebiete angehörte, während die 2. Hälfte aus einem anderen Gebiete oder aus Zahlen, sinnlosen Silben und dgl. bestand, und wobei jede Karte der Doppelreihe dieselbe Auszeichnung als Nebenreiz hatte, auffällige Farbe der Karte, Ton, Parfümerirung der Luft, elektrische Reizung des Oberarms, gewisse Bewegungen, die die Versuchsperson auf ein Kommando vor dem Erscheinen der Karte auszuführen hatte, führten zu keinem positiven Resultat: Entweder blieb der Nebenreiz ohne Einfluss oder lenkte wohl beim Anblick der Worte der 2. Reihenhälfte in das Gebiet der 1. hinüber aber mit Wiedererkennungsgefühlen der Vermittlung. Und so versah Verf. immer nur je ein Wortpaar mit gleichem, starkem Nebenreiz und liess zwischen dem 1. und 2. Auftreten des letzteren einen längeren Zeitraum verstreichen. Es stellten sich dann einige mittelbare Associationen ein. Noch ergiebiger war das Vorlesen von Reihen, in denen sich sinnvolle und sinnlose Silben regelmässig abwechselten, bis sie von der zuhörenden Versuchsperson annähernd auswendig gewusst wurden; dann mussten diese ohne Besinnen niederschreiben, was sie noch von der Reihe im Gedächtniss hatten; nach einigen Tagen wurden die sinnlosen Silben als Reizworte gezeigt. Zuweilen vermittelten dann die zugehörigen sinnvollen Silben die Association, ohne bewusst zu werden. Auf Grund seiner Versuche glaubt Verf. eine allgemeine psychologische Charakterisirung von dem Wesen der mittelbaren Association geben zu können. Diese müssen als zweigliedrige bewusst gewesen sein, ohne dass die beiden

Glieder mit einander aber offenbar mit einem Dritten zusammenhängen. Sie sind also ein Spezialfall von jenen direkten zweigliedrigen Associationen, in denen das B-Phänomen ein Vorstellungenkomplex ist; nur dass hier eine Vorstellung aus dem Komplex deutlich hervortritt, die mit dem A-Phänomen in leicht erkennbarem Zusammenhange steht, bei den mittelbaren Associationen dagegen aus irgend welchen Hindernissen oder momentanen psychischen und psychophysischen Dispositionen eine andere.

Die vorliegende Arbeit bildet ohne Zweifel einen nicht unbedeutenden Fortschritt in der Analyse des Associationsprozesses, nur bei weitem nicht einen so fundamentalen, wie Verf. annimmt. Dazu ist denn doch seine Arbeit viel zu mangelhaft und die seiner Vorgänger zu werthvoll. Gewiss erschöpft die bisherige Betrachtung der auf ein zugerufenes oder gezeigtes Reizwort oder -bild erfolgten Antwort nicht all' die zahlreichen psychischen Veränderungen, welche die Apperception des Reizes im Gefolge hat. Aber es ist doch auch nicht nöthig, alle ein bestimmtes Thema betreffenden Probleme mit einem Schlage zu lösen. Ja das Verlangen hiernach ist geradezu schädlich. Wenn je, dann zeigt sich hier in der Beschränkung der Meister und führt nur die Arbeitstheilung zum Ziele. Die Ergebnisse des Verf. in Bezug auf das A-Phänomen sind grösstentheils nicht neu, nur sind sie durch jene Untersuchungen gezeigt, welche sich mit dem Probleme der Auffassung oder Apperception befassen. Wohin soll es denn kommen, wenn jede Arbeit immer die Gesammtheit der in Frage kommenden Prozesse wieder ab ovo untersuchen sollte. Wer Associationsversuche anstellt, hat zum mindesten das Recht, wenn nicht gar die Pflicht, von den Phänomenen der Auffassung abzusehen, sie als bekannt oder wenigstens als Gegenstand einer anders gerichteten Untersuchung vorauszusetzen. Er hat ebenso das Recht unter der grossen Reihe von Associationsphänomen dasjenige herauszugreifen, welches zu einem sprachlichen Ausdruck führt. Ja er wird sehr gut thun, sich auf dieses Phänomen zu beschränken, da es, wie Verf. ja selbst zugeben muss (vgl. S. 45), einerseits ohne Zweifel eine Ausnahmestellung unter allen übrigen einnimmt, anderseits der objektiven Kontrolle zugänglich ist. Und hiermit komme ich auf die groben Mängel der vorliegenden Arbeit. So schätzenswerthe Dienste sie der psychologischen Analyse leistet, so wenig darf sie den Anspruch auf eine experimentelle Untersuchung erheben. Gewiss darf diese die Selbstbeobachtung nicht ausser Acht lassen, aber nur soweit als sie zur Deutung und Verwerthung der gewonnen Zahlen nöthig ist. In erster Reihe haben in einer experimentellen Arbeit die ermittelten Tabellen zu sprechen. In Fussnoten für seine Aussagen der Selbstbeobachtung 1—2 experimentelle Daten als Beleg oder Beispiel anzuführen ist keine objektive Methode mehr und bedeutet nichts mehr und nichts weniger, als den Verzicht auf all' die Vortheile und Errungenschaften der Experimentalpsychologie und die Rückkehr zur alten, lediglich selbstbeobachtenden Psychologie mit all' ihren Fehlerquellen, Ungenauigkeiten und der Unmöglichkeit einer Kontrolle. In

der That sieht sich ja auch Verf. an vielen Stellen gezwungen, die Unzulänglichkeit seiner Methode anzuerkennen (vgl. S. 32 ff. und 50); spricht immer nur von „häufiger“, „zuweilen“, „manchmal“ und dgl., wo man eine bestimmte Zahl beanspruchen dürfte; und wie oft er seine Behauptungen, die zuweilen nur einen hypothetischen Werth haben, nur auf 1 oder 2 Beobachtungen stützt, lässt sich bei dem Unterdrücken der ziffernmässigen Ergebnisse nicht nachweisen, sondern nur vermuthen. Im engsten Zusammenhange mit dieser Verkennung des Zieles und Werthes der bisherigen Associationsarbeiten steht die Ansicht des Verf. über die Zeitmessung, mit deren Vernachlässigung er sich selbst die Möglichkeit zu einer Reihe sehr wichtiger Aufschlüsse nahm. Auch die Bevorzugung des optischen Verfahrens ist unmotivirt. Denn ein einzelnes Wort tritt uns bei Antworten Befehlen und dgl. nicht seltener in Form eines akustischen Gebildes entgegen als in Gestalt eines optischen Eindrucks. Ebenso macht das gehörte Wort in der Stille keinen weniger lebhaften Eindruck als das gesehene in der Dunkelheit, ja nach des Verf. Meinung müsste sogar jenes in Folge seiner Ungewohntheit einen stärkeren Eindruck machen als dieses. Dagegen zieht das gesehene Wort, namentlich wenn es ein geschriebenes ist, viel eher die Aufmerksamkeit auf sich selbst und verhindert die Association als das schnell verwehende, gehörte Wort, wie Verf. selbst beobachtet hat (S. 36—43). Endlich ist die Entnahme sämmtlicher Versuchspersonen den gebildeten Ständen, wie es den Anschein hat, und das Fehlen jeder näheren Angabe über sie ebenso bedenklich wie der Umstand, dass wir über die Qualität der Reizwörter und -bilder nichts Näheres hören.

Thumb und Marbe, Experimentelle Untersuchungen über die psychologischen Grundlagen der sprachlichen Analogiebildung. Leipzig, Engelmann. 87 S.

Lautwandel und Analogiebildung bedingen, oft in entgegengesetzter Richtung, die Umwandlung der Sprache; jener ist vornehmlich ein physiologischer Vorgang, diese ist psychologischer Natur, indem die durch die Bedeutung oder die Funktion mit einander verbundenen Wortformen auch äusserlich einander ähnlich gemacht, Störungen wieder ausgeglichen und neue durch Formähnlichkeit verbundene Gruppen und Wortgebilde geschaffen werden. Verf. unterscheiden dabei begriffliche oder stoffliche und grammatische Ausgleichung, je nachdem diese auf den ähnlichen resp. kontrastirenden Inhalt oder auf die Form sich stützt, und erhoffen von der psychologischen Untersuchung der Association, als der Grundlage für die Analogiebildung, grossen Nutzen für die Sprachwissenschaft. Von den üblichen Associationseintheilungen wollen sie nichts wissen, da nur selten an das gehörte Wort eine Bedeutungsvorstellung sich anreiht und diese eine andere Vorstellung, welche dann benannt wird, associirt, wie Verf. durch Selbstbeobachtung bei Associationen auf zugerufene 40 Sub-

stantiva, 10 Adjektiva und 10 Verba konstatirten; auch passen die versuchten Eintheilungen nicht auf Reizwörter aus der Klasse der Adverbia, Pronomina, Zahlwörter etc. Und so untersuchten die Verf. die Wortarten, die auf zugerufene Worte associirt wurden; letztere waren je 10 Verwandtschaftsnamen, Adjektiva, Pronomina, Orts- und Zeitadverbia und Zahlwörter von 1—10. Alle diese 60 Reizwörter wurden dem Reagenten während einer Sitzung zugerufen, nie jedoch 2 aus derselben Gruppe hintereinander, so dass häufig noch andere nicht zum eigentlichen Versuchsmaterial gehörige Worte interpolirt wurden. Die Zeit wurde mit der Fünftelsekundenuhr gemessen und durch das arithmetische Mittel berechnet. Die Versuche wurden an 8 Personen ausgeführt. — Es ergab sich nun, dass vorwiegend Worte aus der Klasse des Reizwortes associirt wurden; oft bevorzugte auch ein Reizwort ein bestimmtes Reaktionswort, wobei für die Adjektiva der Gegensatz massgebend war; nicht selten war die Bevorzugung eine gegenseitige (Vater — Mutter und Mutter — Vater); die Zahlen dagegen bevorzugten in einseitiger Richtung die nächsthöhere; auf 80 zugerufene Infinitive wurde mit 331 Substantiva, 269 Verba, 12 Adjektiva und 28 sonstigen Wörtern reagirt; auch hier gab es bevorzugte, zuweilen auch gegenseitig bevorzugte Associationen. Je bevorzugter eine Assoziation war, um so schneller erfolgte sie und zwar nimmt die Associationsdauer mit zunehmender Geläufigkeit zuerst sehr schnell, dann immer langsamer und zuletzt fast gar nicht mehr ab, wobei allerdings der Einfluss der verschiedenen Länge der Reizwörter auf die Zeit nicht in Betracht gezogen ist. Eine Einwirkung der Stammesverwandtschaft zwischen Reiz- und Reaktionswort auf die Dauer war nicht vorhanden. In der sprachwissenschaftlichen Beurtheilung der Versuche weisen nun Verf. nach, dass auch in sprachlicher Beziehung die Verwandtschaftsnamen eine Gruppe bilden, die in der indogermanischen Sprache nach Flexion und Bildungsweise eng zusammenhängt. Auch der Richtung der Association entsprechen sprachliche Vorgänge; ebenso bedingt die Gegensätzlichkeit, namentlich in den romanischen Sprachen, bei den Adjektiva zahlreiche Analogiebildungen. Diese finden sich auch vielfach bei den Zahlen, und zwar wiederum häufig mit Anlehnung an die nächsthöhere Zahl, so dass allmählich sich zuweilen übereinstimmende Reihen ausbildeten; darum ist die sprachwissenschaftliche Annahme von dem Einflusse einer Zahl auf die nachfolgende mit Vorsicht aufzunehmen; oft aber ist wie bei den Monatsnamen September, Oktober, November und Dezember für die Bildung von Zahlwörtern, z. B. von Distributiva, nicht nur die progressive Analogiebildung sondern auch die Anhängung von Suffixa massgebend, und da derartige Verbindungen bei den niedrigsten Zahlen am häufigsten gebraucht werden, so gaben diese vielfach das Muster ab. Auch die Ortsadverbien zeigen namentlich im Gothischen und Mittelhochdeutschen eine gewisse Gleichartigkeit der Bildung, die sich aus der experimentell ermittelten festen associativen Verbindung erklärt; dasselbe zeigt sich im Neugriechisch bei den Zeit-

adverbien. Endlich sind auch die Pronomina gegenseitiger Beeinflussung in sprachlicher Beziehung leicht ausgesetzt. — Was nun die grammatische Analogiebildung anlangt, so ist sie von der stofflichen nicht scharf zu trennen, kommt aber namentlich in einem ausgebildeten Flexionssystem, also vorzüglich bei Verben vor. Auch hier findet sich entsprechend den psychologischen Ergebnissen lautliche Ausgleichung, zuweilen auch Bedeutungswandel zwischen bestimmten Verben. Es zeigte sich ferner, dass die deutschen Verba im Allgemeinen die Tendenz haben, Verba gleicher Konjugationsklasse zu associiren; bei den schwachen Verben ist jedoch diese Tendenz mehr ausgebildet als bei den starken. Dementsprechend behaupten die starken Verba allerdings im Grossen und Ganzen ihren Besitz, weichen doch aber langsam gegenüber den schwachen zurück, während der umgekehrte Vorgang viel seltener ist. Um nun das Verhalten der Verbalformen zu ermitteln, wurden einem Reagenten 409 finite Verbalformen und zwar Indicat. praes. und praeterit. und das part. praeterit. verschiedener Verba aus den verschiedenen Konjugations- bezw. Ablautsklassen zugerufen; er antwortete aber nur mit 107 Verbalformen und 302 sonstigen Wörtern; unter den 107 Antworten wiederum waren 5 Formen des zugerufenen Verbum und bei den übrigen 102 war die Uebereinstimmung zwischen Reiz- und Reaktionswort in Person, Numerus, Tempus und Modus die bevorzugteste, und die Gleichheit nur in Person und Numerus die nächstbevorzugte Antwort. Um ein reicheres Material zu erhalten, wurden 3 anderen Versuchspersonen dieselben Reizworte zugerufen jedoch mit der Anweisung, die zuerst auftretende Verbalform anzugeben. Wiederum bevorzugte einer andere Verba, während die beiden anderen Reagenten fast ausschliesslich mit Formen des zugerufenen Verbums antworteten; so dass also 2 Haupttypen verbaler Associationen zu unterscheiden sind (äussere und innere grammatische Ausgleichung). In Bezug auf die einzelnen Verbalformen bevorzugte das Participium beim 1. Typus das Particip, beim 2. Typus den Infinitiv; die finiten Verbalformen bevorzugten beim 1. Typus wiederum die gleiche Form, während sie im 2. Typus individuelle Differenzen aufwiesen: bei dem einen Reagenten führten sie zumeist zu Participien oder Infinitiven, bei den anderen zu finiten Verbalformen unter Bevorzugung der nächstfolgenden Person oder der gleichen Form eines anderen Tempus. Die Verschränkung der Formenreihen gilt also nur für eine Mehrheit von Sprechenden, für dasselbe Individuum verhalten sich die Verbalformen wie die Worte: auch hier wird eine bestimmte Association bevorzugt, die wiederum am schnellsten abläuft. Diese verschiedenen Associationsformen machen sich nun sprachlich nicht gleichzeitig geltend, die Analogiebildungen sind vielmehr nach Ort und Zeit verschieden, und die Geschichte der einzelnen Form zeigt, dass die verschiedenen in ihr zu Tage tretenden Analogiewirkungen successive auftreten. — In dem letzten Kapitel „Association und Analogiebildung" weisen Verf. darauf hin, dass die Analogiebildungen historische Vor-

gänge sind, die wir einfach feststellen, aber nicht gesetzmässig erklären können; es fehlen ja die Mittel, dass associative Verhalten früherer Sprachgemeinschaften objektiv und unabhängig von der Sprache zu ermitteln. Jedenfalls aber ist es nöthig, das psychologische Experiment mit der Erforschung der lebenden Sprachen und insbesondere der Mundarten zu verbinden, um so den Associationsbestand der einzelnen Sprache festzustellen. Nur so wird es möglich sein, auch andere Faktoren der Analogiebildung zu ermitteln, z. B. das Gedächtniss, durch das die Thatsache, dass die seltensten Wörter der Ausgleichung am frühesten, die häufigsten am spätesten oder gar nicht unterliegen, sowie auch die starke Neigung der Kindersprache zur Analogiebildung erklärlich wird.

Dieser interessante Versuch, das psychologische Experiment für die Sprachwissenschaft nutzbar zu machen, verdient durch die experimentell gewonnenen Thatsachen wie durch deren Deutung und Verwerthung hohe Beachtung. Man kann rückhaltlos den Verf. zustimmen, wenn sie als Ergebniss ihrer anregenden und dankenswerthen Arbeit die 3 Satze hinstellen: „1. Die in einer Sprache vorkommenden Analogiebildungen sind daraufhin zu untersuchen, welche Associationen und Associationsarten ihnen zu Grunde liegen, wobei die nach Ort und Zeit verschiedenen Richtungen der Association bezw. Analogiebildung scharf von einander zu scheiden sind. Dieser Forderung hat die historische oder vergleichende Sprachwissenschaft zu genügen. 2. Die Association der Wortvorstellungen muss in ihrem Verlauf durch das psychologische Experiment festgestellt werden; das Experiment ist ein wichtiges Hilfsmittel für die Beurtheilung der sprachlichen Analogiebildung. Dieser zweiten Forderung muss die experimentelle Psychologie genügen. 3. Die Methode psychologischer Untersuchung ist besonders beim Studium lebender Mundarten heranzuziehen, wo allein die Abhängigkeit zwischen Association und Analogiebildung unmittelbar bestimmt werden kann: hier schliessen Sprachwissenschaft und Psychologie das engste Bündniss.“ (S. 87.) — Bedauerlich ist nur, dass die Zeitmessung in so wenig exakter Weise vorgenommen wurde: die Zeit auf hundertstel Sekunde zu berechnen, wenn man sie nur mit der Fünftelsekundenuhr bestimmt hat, ist völlig werthlos; die Bemerkung der Verf., dass ihre Experimente „nicht in erster Linie psychometrischen Interessen dienen sollten“ ist um so weniger eine Entschuldigung, als die ermittelte Abhängigkeit zwischen Häufigkeit und Geschwindigkeit der Association eins der für den Psychologen interessantesten Ergebnisse dieser Arbeit ist und auch bei der sprachwissenschaftlichen Verwerthung der Versuche eine bedeutsame Rolle spielt. — Bei der Feststellung gegenseitiger Bevorzugung ist zu bedenken, dass häufig das Reizwort schon als Reaktionswort in der nämlichen Sitzung vorkam; oder haben die Verf. Vorkehrungen getroffen, um diese nicht unwesentliche Fehlerquelle zu beseitigen? — Dass die Kinder stark zur Analogiebildung neigen, findet seine Erklärung wohl weniger im Gedächtniss, als in der mangelnden Kenntniss von Benennungen.

Zum Schluss nur noch eine bescheidene Frage: Unterliess man nicht die Analogiebildung „du sägst“ (von sagen) mit Rücksicht auf das Verbum „sägen“.

Marbe, Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Urtheil. Eine Einleitung in die Logik. Leipzig, Engelmann. 103 S.

Urtheile sind Bewusstseinsvorgänge, auf welche die Prädikate Richtig oder Falsch eine sinngemässe Anwendung finden; sie können die Form von laut oder innerlich gesprochenen Sätzen, von einzelnen Worten, von Geberden oder Vorstellungen annehmen. All' diese 4 Urtheilsarten brachte Verf. experimentell bei 2 Versuchspersonen hervor, nahm deren innere Wahrnehmungen zu Protokoll und suchte so die Begleiterscheinungen zu bestimmen, welche den Urtheilscharakter ausmachen. Urtheilsvorstellungen wurden hervorgerufen durch das successive Heben 2 Gewichte von gleicher Grösse und Gestalt, aber verschiedener Schwere (25 und 110, 25 und 70, 70 und 105 gr.) bis zu einer bestimmten Höhe mit der nämlichen Hand, um dann das schwerere Gewicht immer umzukehren; zu gleichem Zwecke wurde eine Stimmgabel mit 244, 268 und 352 Schwingungen in der Sekunde angeschlagen, damit die Versuchsperson den jedesmaligen Ton nachsinge oder nachpfeife; endlich wurden 3 verschieden helle, graue Papiere vorgelegt, welche der Reagent zu überblicken hatte, um dann das hellste einige Sekunden zu fixiren. Auch dieser Versuch wurde dreimal, und zwar mit verschieden hinsichtlich ihrer Helligkeit jeweils angeordneten Papieren angestellt. Urtheile im Anschluss an Erinnerungsvorstellungen wurden dadurch hervorgerufen, dass die Versuchspersonen sich 2 Kreise vorstellten, von denen der eine den doppelten Flächeninhalt des andern hatte, oder einen gehörten Stimmgabelton innerlich nachsangen resp. nachpfiffen oder das gezeigte Modell der *Müller-Lyer*'schen Täuschung möglichst genau innerlich reproduzirten. Urtheilsgebärden wurden ausgelöst als Reaktionen auf verschiedene Fragen z. B. wie viel sind 7—4? oder: wie gross ist eine Elle? Zu Urtheilsworten führten laut vorgesprochene Aufgaben aus der elementaren Arithmetik oder zugerufenen Fragen aus dem praktischen Leben und der Wissenschaft, die die Reagenten laut oder mit Erinnerungswort zu beantworten hatten; auch wurden aufgeschriebene Fragen gezeigt, welche den Reagenten leise zu lesen und innerlich zu beantworten hatten, jedoch nie in Satzform. Endlich wurden Urtheilssätze provozirt dadurch, dass zugerufene arithmetische Aufgaben oder andere einfache Fragen in Satzform laut beantwortet oder aufgeschriebene Aufgaben leise gelesen und innerlich gelöst oder laut zugerufene lateinische Sätze aus der Ethik Spinozas laut übersetzt wurden. Es ergab sich bei keiner Versuchsgruppe eine für das Urtheil charakteristische psychische Begleiterscheinung: entweder es fehlte eine solche überhaupt und

das Urtheil schloss sich unmittelbar an den Reizvorgang an, oder es traten solche in verschiedener Qualität je nach den Versuchsbedingungen, der Persönlichkeit des Reagenten etc. auf. Auch zwischen Reizvorgang und Reaktion schoben sich zuweilen psychische Erlebnisse verschiedenster Art ein. Dieses negative Resultat sucht Verf. durch folgende Definition des Urtheils zu erklären: „Alle Erlebnisse können zu Urtheilen werden, wenn sie nach der Absicht des Erlebenden entweder direkt oder in ihren Bedeutungen mit anderen Gegenständen (d. h. etwas, worauf ein anderes bezogen wird) übereinstimmen“ (52). Es handelt es sich also bei Sachvorstellungen stets, bei Gebärden und Wortvorstellungen, wenn sie ohne Rücksicht auf ihre Bedeutung zu Urtheilen werden um eine Aehnlichkeitsbeziehung mit anderen idealen oder realen Sachvorstellungen resp. Geberden resp. Wortvorstellungen, während auf Grund ihrer Bedeutung Urtheilsgeberden oder -worte oder -sätze mit den verschiedensten Gegenständen je nach der Art der Bedeutung übereinstimmen können. Die Richtung der Uebereinstimmung kann eine beliebige sein. Wie sonst, so kann auch hier nur ein Ziel, nämlich das der Uebereinstimmung oder dieses neben vielen anderen verfolgt werden, so dass es oft ganz in den Hintergrund rückt. Die für das Urtheil nöthige Absicht braucht aber natürlich nicht im Bewusstsein nachweisbar zu sein, wie dies ja auch bei sehr vielen anderen Bethätigungen im Interesse eines bestimmten Zweckes oder Zieles der Fall ist. Dass aber die übrigen Merkmale des Urtheils als Relationsbegriffe psychologisch nicht nachweisbar sind, ist selbstverständlich. — In analoger Weise untersuchte Verf. in dem folgenden Kap. das Verstehen und Beurtheilen von Urtheilen bei Wahrnehmung der Ausdrucksbewegungen eines Urtheils und ihrer Beziehung auf Richtigkeit und Falschheit. Es wurden einem Assistenten in obiger Weise Aufgaben gestellt, die er in wahrnehmbarer Weise mit Sachvorstellungen zu beantworten hatte, während der Dritte, der Beobachter war und die Aufgaben nicht in allen Fällen zu beantworten im Stande war, seine inneren Erlebnisse bei dieser Wahrnehmung zu Protokoll gab. So hatte der Assistent einen bestimmten Stimmgabelton nachzusingen oder nachzupfeifen oder die verschiedenen auf einem Blatt Papier aufgeschriebenen Noten zu singen oder zu pfeifen. In 2 anderen Versuchsreihen hatte der Assistent einfache Fragen aus der Arithmetik, dem praktischen Leben und der Wissenschaft das eine Mal mit sichtbaren Geberden, das andere Mal mit Worten zu beantworten. In allen 3 Versuchsarten waren die Antworten des Assistenten theils richtig theils falsch. Ferner rief der Versuchsleiter direkt den Beobachtern, deren Zahl diesmal 4 war, einfache falsche und wahre Sätze zu. Endlich liess Verf. 4 Versuchspersonen eine Reihe geschriebener sinnvoller und sinnloser Sätze lesen, um dann über ihre inneren Erlebnisse zu berichten. Es zeigte sich nun in allen Versuchsreihen, dass es keine Erlebnisse giebt, welche das Verstehen wahrgenommener Urtheile bedingen, auch sind jene nicht verschieden, je nachdem wir letztere zu beurtheilen vermögen oder nicht,

endlich affiziren uns die Urtheile nicht verschieden, je nachdem wir sie als wahr oder falsch bezeichnen. Wir verstehen vielmehr ein Urtheil, wenn wir wissen, mit welchen Gegenständen es nach der Absicht des Erlebenden direkt oder in seiner Bedeutung übereinstimmt. Darum ist es auch im Bewusstsein nicht nachweisbar; denn das Wissen ist im Bewusstsein niemals gegeben: es bedeutet die Fähigkeit, bestimmte Urtheile anderer zu erleben; diese Fähigkeit wird aber erst dann im Bewusstsein nachweisbar, wenn sie sich bestätigt. Das Gleiche gilt von der Beurtheilung eines Urtheils; auch diese ist ein Wissen, ob nämlich das Urtheil mit dem Gegenstande, auf welchen es sich bezieht, übereinstimmt oder nicht. Trotzdem kann zuweilen — wie dies auch öfter beobachtet wurde — die Unfähigkeit, ein Urtheil mit seinem Gegenstande zu vergleichen von Unlustgefühlen begleitet sein. — In dem letzten, fünften Kap. behandelt Verf. das Verhältniss von Urtheilslehre, Psychologie, Logik und Sprachwissenschaft. Er glaubt nachgewiesen zu haben, dass das Urtheil nicht nur quantitativ, zeitmessend, sondern auch quantitativ experimentellen Untersuchungen zugänglich ist; aber die Logik wird dadurch nicht gefördert. Der Psychologie ist es unmöglich, zur Kenntniss der Gegenstände vorzudringen, auf welche sich die Urtheilserlebnisse beziehen. Dies ist Aufgabe der Logik, die so unpsychologisch wie nur möglich sein müsse. So gehört auch die Frage nach einem psychischen Aequavilent der Begriffe in die Experimentalpsychologie; Verf. fand solche Aequivalente nicht, als er die inneren Erlebnisse zu Protokoll nahm beim Anhören oder Lesen von Substantiven oder beim Versuche, Begriffe, wie Volk, Zeit etc. zu denken. Der Gegenstand der Sprachwissenschaft ist nur theilweise mit dem der Logik identisch. Jene geht vom Urtheil aus, um es in seiner direkten oder durch die Bedeutung vermittelten Beziehung zu den Gegenständen zu untersuchen; diese geht von der Bedeutung der Worte und Sätze überhaupt aus und untersucht die Bezeichnung dieser Bedeutung in den verschiedenen Sprachen. Von welcher Sprache man daher auch immer ausgeht, immer kommt man zu der nämlichen Logik, da ja die Gegenstände auf die sich das Denken bezieht, immer die nämlichen sind.

Das Problem, das sich *Marbe* in vorliegender Arbeit gestellt hat, ist ein sehr bedeutsames; auch liefert er manche dankenswerthe Anregungen zu weiteren Untersuchungen in diesem interessanten Gebiete. Es ist auch kaum zweifelhaft, dass allmählich die Experimentalpsychologie Mittel und Wege finden muss und wird, um auch den Urtheilsprozess in den Kreis ihrer Untersuchungen zu ziehen. Ob aber der von *M.* betretene Weg hierzu geeignet ist, erscheint höchst fraglich. Denn zunächst erregt seine Definition des Urtheils schwere Bedenken: es handelt sich in seiner Arbeit vielfach überhaupt nicht um Urtheile. Sodann aber ist die angewandte Methode der Selbstbeobachtung keine einwandfreie, keine experimentell-objektive. In ihr wurzelt wahrscheinlich auch die fast durchgängige Negativität in den Resultaten. Derartig fein nuancirte psychische Phänomene,

wie es ohne Zweifel die Begleiterscheinungen des Urtheilsaktes sind, entgehen eben selbst dem geübtesten Psychologen, wenn er sich allein auf die Selbstbeobachtung verlässt. Und dieser Missbegriff in der Methode ist umso bedauerlicher, als doch gewisse Anhaltspunkte für eine exaktere Untersuchung des Themas bereits in der bisherigen Experimentalpsychologie gegeben sind. So wäre es doch viel richtiger gewesen, das etwaige Vorhandensein oder Fehlen von Gefühlstönen beim Fällen oder Versteben oder Beurtheilen von Urtheilen nach der *Lehmann*'schen Methode durch die Form der Puls- und Athmungskurven nachzuweisen. Auch lassen sich die Vorgänge des Vergleichens und anderer elementarer Prozesse auf die Verf. selbst den Urtheilsvorgang zurückführt, experimentell bearbeiten oder müssen wenigstens zunächst experimentell untersucht werden, bevor man an das Urtheil herangeht. Verf. hat sich zu sehr von allgemeinen Ueberlegungen über das Wesen des Urtheils, auf Grund deren nach seiner Meinung die Versuche zu einem negativen Ergebnisse führen mussten, leiten lassen. Abgesehen von dem Fehler, der darin läge, sind doch jene allgemeinen Ueberlegungen oder Begründungen nichts weniger als einwandfrei. Man denke nur an die Ausführungen des Verf. über das, was im Bewusstsein nachweisbar ist oder nicht.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref.: v. Krafft-Ebing-Graz.

Forel, Ueber die Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen. Broschüre. München, Reinhardt.

Vortrag, gehalten in der schweizerischen Gesellschaft für ethische Kultur in Zürich. Ein Versuch die Grundlagen der Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen „im Licht der Fortschritte unserer Kenntnisse über Bau, Leben des menschlichen Gehirns, des Verhältnisses der Psychologie zur Hirnphysiologie, der Thatsachen der Evolution der Arten“ aufzustellen. Die geistreiche Studie des Verf. verdient im Original nachgelesen zu werden. Seine Thesen am Schlusse gipfeln in dem Bedürfniss der Erreichung eines höheren Grades der Ethik.

Näcke, Drei kriminalanthropologische Themen. Archiv f. Kriminalanthropologie und Kriminalistik Bd. 6, Heft 3 u. 4.

Die von Verf. aufgeworfenen Fragen sind folgende: 1. Gehört die Kriminalanthropologie mehr zur Anthropologie oder zur forensen Psychiatrie? 2. Giebt es zur Zeit praktische Mittel und Wege, um Intellekt,

Affektsphäre und Moral zu messen? 3. Welches ist die beste Art der Unterbringung geisteskranker Verbrecher?

Frage 1 wird mit Recht dahin beantwortet, dass die *Lombroso*'sche Theorie abgethan ist, der „Verbrechertypus“ nicht haltbar ist, von seiner eigenen Anthropologie ebensowenig die Rede sein kann als von einer Anthropologie der Geisteskranken, wohl aber gehört die Kriminalanthropologie der Methodik und der Untersuchung nach zur Anthropologie, ihrem Hauptzweck nach aber zur forensen Psychiatrie, denn ein grosser Theil der (Gewohnheits)Verbrecher sind geistig minderwerthige, selbst geisteskranke Individuen. Daneben handelt es sich um Uebergangsfälle zu den psychischen Krankheiten und speziell psychischen Entartungszuständen, für welche die Kriminalanthropologie nicht bloss die Methodik, sondern auch die physiologischen und psychologischen „Zeichen“, auf welche wir zu achten haben, liefert und sie zu verfeinern bestrebt ist, um so immer mehr der forensen Psychiatrie zu dienen. Somit ist die Erforschung der physiologisch-psychischen Seite des Verbrechens Hauptaufgabe. Nur die Methoden und das Arbeitsfeld der Kriminalanthropologie und der Psychiatrie sind verschiedene.

Die 2. Frage wird mit Recht verneint.

Die 3. Frage kann nur vom erfahrenen Psychiater beantwortet werden.

Verf. findet, dass das Gros der geisteskranken Verbrecher, das ihm aus der Anstalt zugeführt wurde, wenn gut vertheilt, kaum Störung machte. Nur ein ganz kleiner Prozentsatz gehörte zu den revoltirenden, demoralisirenden Elementen und damit nicht in die Irrenanstalt.

Wohin mit diesen? In Zentralanstalten für sämmtliche geisteskranke Verbrecher, in Adnexe an Strafanstalten, als kleine Irrenanstalten gedacht, oder in Annexe von Irrenanstalten?

Verf. empfiehlt noch am ehesten die Unterbringung der zu beobachtenden, der heilbaren und der gemeingefährlichen Kranken in Annexe von grossen Strafanstalten; die unheilbaren, sonst aber harmlosen und moralisch nicht besonders anstössigen, können ohne besonderen Schaden den gewöhnlichen Irrenanstalten überwiesen werden.

Richardson, Ueber die Zulässigkeit von Stufen der Zurechnungsfähigkeit. American Journal of insanity. October.

Die Basis der heutigen Strafgesetzgebung ist die Vergeltungstheorie. Dem Grad der Verschuldung wird einigermassen Rechnung getragen durch Strafmilderungs- und Verschärfungsgründe. Ein wichtiger Moment bei ersteren bilden Anomalie und Defekte der geistigen Organisation. Nicht die Qualität der Strafe sondern nur ihre Dauer wird dabei beeinflusst. Es giebt so beträchtliche Differenzen in dem Verhältniss der intellektuellen und moralischen Kräfte unter den verschiedenen Menschen, dass diese Milderungsgründe zu einem gerechten Urtheil nicht ausreichen. Da müsste

eine verminderte Zurechnung zur Schuld eintreten. Ein wichtiger Zweck der Strafe ist aber auch die Verhütung neuer Verbrechen.

Die ethisch und intellektuell Defekten werden nur zu oft unter gleichen Einflüssen des Milieu rückfällig. Dem beugt nicht vor eine mindere Auswahl der Strafe, sondern nur eine andere Qualität der Strafe. Verf. bemüht sich, Gesichtspunkte für die Art der Bestrafung nach der Natur des Delikts aufzustellen.

Nicht die Schwere des Verbrechens, sondern die Art und der Grad der Gefährlichkeit des Individuums für die Gesellschaft sollte hier massgebend sein.

Erst in 2. Linie komme in Betracht die Art der Separation des social Bedenklichen, ob in einer besonderen Anstalt oder in einem Besserungs- oder einem Irrenhause.

Butler Metzger, Ueber geisteskranke Verbrecher. American Journal of insanity. October.

Verf. versteht darunter sowohl bei der Begehung der Strafthat geisteskrank befundene als auch bei der Verbüssung der Strafe geistig erkrankte Verbrecher. Beide Kategorien weisen hohe Prozentziffern von (meist erblicher) Belastung auf, bis zu 71 %. Die kriminellen Akte waren in 24,75 % Verbrechen gegen Personen, 29,75 % gegen das Eigenthum, 45,50 % gegen die öffentliche Ordnung. In 84,7 % waren die Verbrecher noch nicht 25 Jahre alt. Recidivisten sind an der Tagesordnung. Unter den 400 untersuchten Fällen befanden sich die verschiedensten Typen des Irrseins. Imbecillität fand sich bei 14 %. Beträchtlich war auch die Zahl der Fälle von Dementia praecox. Alkohol spielte eine grosse Rolle. Analog den Erfahrungen in anderen Anstalten fand Verf. eine enorme Quote solcher, deren unzurechnungsfähiger Zustand bei der Verurtheilung unerkannt blieb, weshalb er mit Recht psychologische Untersuchung der ins Gefängniss Eingebrachten in jedem Falle fordert.

Garnier, Alkoholismus und Kriminalität. Annales d'hygiène publique XLV, No. 2.

Verf. giebt interessante statistische Thatsachen bezüglich des Wachsens der Verbrechen, der psychischen und der Degeneration unter dem Einfluss des Alkoholmissbrauchs. Aus den verschiedenen Kriminalstatistiken ergiebt sich, dass dieser in ungefähr 65 % der Fälle direkt oder indirekt zum Verbrechen führt. Der Alkoholmissbrauch ist die schlimmste sociale Gefahr. Man soll in den Gefängnissen auf die Alkoholisten wirken, indem man ihnen alle geistigen Getränke entzieht, sie zu belehren, erziehen sucht zur Abstinenz, und provisorische Entlassung, Reduktion der Strafhaft als Preis des Wohlverhaltens eintreten lässt.

Garnier, Ueber juvenile Kriminalität. Ebenda XLVI, No. 3.

Eine betrübende soziale Erscheinung ist die fortschreitende Zunahme der jugendlichen Verbrecher, darunter besonders die der Mörder, und zwar unter dem Einfluss der Trunksucht der Erzeuger sowie der Alkoholausschweifungen (Absynth!) der jugendlichen Verbrecher selbst.

Verf. giebt eine offenbar aus reicher Erfahrung entstammende Darstellung der psychologischen Entwickelung dieser antisocialen, jedes moralischen Sinnes entbehrenden, gemüth-reuelosen Leistungen, mit instinktivem impulsiven Gepräge ihrer verbrecherischen Handlungen.

Nach statistischen Daten, die Verf. beibringt, hat sich die juvenile Kriminalität im Lauf der Jahre um das Siebenfache gesteigert, während die der Erwachsenen sich wesentlich gleich geblieben ist. Die juvenile ist gegenüber der adulten 6 mal grösser geworden! Verf. plädirt für Kampf gegen den Alkohol und Unschädlichmachung der vielen Fälle von psychischer Degeneration unter diesen Verbrechern in staatlichen Verbrecher-Asylen.

Kornfeld, Die Entmündigung Geistesgestörter. Broschüre. 64 S. Stuttgart, Enke.

Mittheilungen der gesetzlichen Bestimmungen. Polemik, dass Geisteskrankheit nicht identisch mit Gehirnkrankheit sei. Beurtheilung der Arten der Geistesstörung. Verf. stellt sich nach wie vor auf den Standpunkt, dass die eigentliche Paralyse eine besondere Krankheit ist, die sich von ähnlichen „Pseudoparalysen hauptsächlich durch das eigenthümliche Délire de grandeur in psychischer Hinsicht unterscheidet, das er bei weiblichen Personen in charakteristischer Form nie zu Gesicht bekommen konnte. Angefügt sind 5 Mustergutachten für Entmündigungsfälle von weiland Prof. *Neumann*.

Näcke, Periodisches Irresein und Ehescheidung. Psychiatrische Wochenschrift No. 51.

In einem Fall von schwerer periodischer Manie seit 1888 5. Anfall, seit über 3 Jahren in der Anstalt, klagt die Ehefrau auf Scheidung. An den Arzt wird die Frage gestellt, ob die Geisteskrankheit einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Die erste Frage wurde verneint, die zweite, da die Prognose des letzten Anfalls zweifelhaft und ein Chronischwerden zu besorgen, offen gelassen. Verf. benutzt diesen Fall, um zu zeigen, wie schwierig und vielfach nur individualisirend möglich, die Beantwortung dieser gesetzlichen Ehescheidungsfrage ist und dass dazu nicht bloss gründliche sachliche Erfahrung, sondern auch Lebens- und Weltkenntnisse dem Psychiater zur Beantwortung erforderlich ist.

Buckler, Studie über die Gültigkeit des Testaments von Irrsinnigen, speziell hinsichtlich der Gesetzgebung von Maryland. American Journal of insanity. October.

Letzte Willenserklärungen von Irrsinnigen sind im Allgemeinen null und nichtig. Auch Maryland verlangt von einem Testator Gesundheit und Dispositionsfähigkeit, speziell muss er sich der Natur und Bedeutung seiner Aktion, des Umfangs seines Vermögens, seiner Beziehungen zu den von ihm als Erben einzusetzenden Personen klar bewusst sein. Diese Bedingungen können ausnahmsweise aber auch beim Irren erfüllt sein und sein Testament gültig erscheinen lassen. Ein vernünftiger Inhalt des Testaments ist aber an und für sich kein Beweis zu Gunsten desselben. Verf. giebt nun Beispiele von Gültigkeit bei Dem. senilis incipiens, Verlust des Gedächtnisses, Excentricität, partieller Verrücktheit, in lucidem Intervall, unter Einflüssen der Captatio und Suggestio. Dieser letztere Umstand kann eventuell das Testament als Aktion eines Willensunfreien invalidiren.

Bott, Zur Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Friedreich's Blätter, 52. Jahrgang, Heft 1.

Fr., Schuhmacher, unehelich, wahrscheinlich belastet, hatte mit 21 Jahren geheirathet, 2 Kinder gezeugt, nach 2 Jahren seine Frau durch den Tod verloren. Mit 25 Jahren 2. Ehe mit kinderloser Wittwe. Bald danach entwickelt sich grundloser Eifersuchtswahn. Dazu allmälig Verfolgungswahn gegen die Frau, Gesichts-, Gehörs-, Geruchs-Hallucinationen. Geschlechtlich sehr erregt und rücksichtslos. Gefährliche Bedrohungen der Frau und von Männern seiner Umgebung nöthigten zur Aufnahme in Anstalt 1893. In der mehrjährigen folgenden Beobachtung Verfolgungswahn mit Negativismus, katatonischen Erscheinungen. Allmälig Dementia. Erlöschen aller Gefühle und Beziehungen zur Familie. Nachweis, dass diese Krankheit während der Ehe ununterbrochen gedauert hat, dass durch sie die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, die Krankheit unheilbar ist.

Fritsch, Wiener klinische Rundschau No. 12, 13.

Sachgemässe, streng objektive, alle neueren wissenschaftlichen Arbeiten berücksichtigende Untersuchung der Irrengesetzgebungsfragen und positiver Bestimmungen zum Schutze der persönlichen Freiheit, der Verhütung des Missbrauchs der Irrenanstalten zur unberechtigten Deternirung von Staatsangehörigen, der ungerechtfertigten Entmündigung, mit den Nachweis, dass die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen ausreichen, die vorgekommenen Anschuldigungen unbegründet sind, wobei aber sach- und zeitgemässe Aenderungen und Besserungen in dem Irrenwesen, speziell der Irrengesetzgebung, speziell in Oesterreich, das Deutschland durch sein neues Zivilgesetzbuch gegenüber rückständig als erwünscht anerkannt werden.

Der Aufsatz verdient im Original nachgelesen zu werden.

Wiglesworth, Fall von impulsivem Mord. Journal of mental science Vol. XLVII, April.

Im Hause des Verf. als Direktors der betr. Irrenanstalt standen 2 weibliche Patienten in Verwendung, die 48 Jahre alte anscheinend mit religiöser Paranoia behaftete H. und die 28jährige G., seit 3 Monaten Rekonvaleszentin von psychischer Depression mit vagen Vergiftungsideen.

Eines Morgens überfiel die G. die H. mit einem Tischmesser und verletzte sie so am l. Nacken, dass die A. vertebralis durchschnitten wurde. Die H. erlag dieser Verletzung, die G. war erregt, zur Zeit der That aber ganz klar, frei von Wahn und Sinnestäuschungen und motivirte ihre That mit einem unwiderstehlichen Impuls, Jemand umzubringen. Sie habe in letzter Zeit wiederholt solche Antriebe gehabt, sei aber durch zufällige Intervention anderer Personen vor der Ausführung bewahrt geblieben. Sie war sich bewusst der Bedeutung ihrer That, aber reuelos, da sie sich des Antriebs nicht habe erwehren können. Am Tage nach dem Morde traten die Menses ein. Verf. brachte die Lebens- und Krankengeschichte der Mörderin zusammen. Eltern waren blutsverwandt, beide erblich belastet. Patientin war belastet, nervös, hysteropathisch, hatte aber nie epileptische Phänomene geboten, seit 1894 wiederholt sich wegen Dysthymie, Taed. vita, Nervosität etc. in Irrenanstalten befunden. Die homiciden Obsessionen hatte sie seit einiger Zeit gehabt, aber zu verbergen vermocht. Niemand hatte ihr solch eine That zugetraut. Die Obsessions scheinen immer mit einem Depressionszustand zusammengefallen zu sein. Ob dies jeweils praemenstrual geschah, ist nicht weiter untersucht worden. Der Fall bot Schwierigkeit gegenüber dem englischen Strafgesetz, das nach der right- und wrong-Theorie den Geisteszustand beurtheilt. Es gelang aber nachzuweisen, dass trotz dem Bewusstsein, unrecht zu thun, der krankhafte Antrieb übermächtig war. Der Fall wird richtig als ein solcher von krankhaftem Impuls zu morden auf hereditär-degenerativer Grundlage beurtheilt.

Bombarda, Der Fall Greno. Broschüre. Lissabon, Mendoza.

Frau Gr. hat mit eigens dazu gekauftem Revolver am 26. Juni früh 4½ Uhr ihren neben ihr schlafenden Mann getödtet. Sie hatte früher wiederholt geistige Störung geboten, einen Anfall von Lähmung gehabt, an Agrypnie und Amblyopie gelitten. Sie hatte masslose Eifersucht und Hass gegen den Gatten, schon vor Jahren ihm mit einem Messer aufgelauert und vor Monaten nach ihm geschossen. Sie ist in der Beobachtung immer aufgeregt, bietet Eifersuchtswahn, erklärt sich für die edelste Frau, den Ermordeten für ein Scheusal. Dieser war ein sehr geachteter Mann, hielt selbst seine Frau für irre, die u. A. behauptete, er habe ein illegitimes Kind von ihm umgebracht. Ein solches Scheusal, das überdies sie, die edelste der Frauen, beständig zu Tode quälte, Ehebruch u. A. trieb, müsste vernichtet werden. Verf. wies nach, dass diese sich selbst bewundernde

Frau, bei der die Selbstberäucherung an Apotheose grenzte, eine Paranoica war, die neben gewöhnlichen persecutorischen Delirien solche expansiven Inhalts bot. Wahnhaft glaubte sie es sich selbst und der öffentlichen Moral schuldig, eine solche Existenz zu vernichten. Als sie mordete, wähnte sie, die Vollstreckerin des göttlichen Wirkens zu sein. Demgemäss blieb sie auch einsichts- und reuelos.

Kovalewsky, Der Alkoholismus vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt. Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique No. 101.

Besprechung des gewöhnlichen Rausches, der pathologischen Alkoholreaktionszustände, des Delirium tremens mit seinen Beziehungen zur Alkoholepilepsie, der Dipsomanie, weil sie gewöhnlich aus dem Missbrauch des Alkohol sich entwickle und nur eine periodische Form des Alkoh. chron. sei. Später giebt Verf. zu, dass die Dipsomanie auch primär als degenerative Neurose vorkomme. Verf. giebt mehrere selbst beobachtete kriminell gewordene Fälle der von ihm besprochenen Krankheitszustände und verspricht Fortsetzung seiner Studie.

v. Wagner, Prof., Zur Reform des Irrenwesens. Alkohol und Irrenwesen. Wiener klinische Wochenschrift No. 37.

Anknüpfend an eine Diskussion auf dem Wiener Antialkoholisten-Kongress, wo Prof. *Forel* dem Direktor *Tilkowsky* vorwarf, dass die wegen akuter oder auch chronischer Alkoholvergiftung in die Irrenanstalt Aufgenommenen nicht lange genug in der Anstalt zurückgehalten werden, sucht Verf. nachzuweisen, dass die Irrenanstalt nur die Aufgabe hat, die durch Alkoholmissbrauch entstandenen Psychosen zu heilen, nicht aber auch die Trunksucht, d. h. die Neigung zum Trinken. Das sei Sache der Trinkerheilanstalten.

Die sozial bedenklichen ethischen Defekte und die Willensschwäche bei Trinkern werden oft als Folge der chronischen Alkoholvergiftung hingestellt, während doch oft genug sie auf Rechnung einer degenerativen psychischen Gesammterscheinung kommen, von welcher die Trunksucht nur einen Theil bildet. Die Irrenanstalt könne doch nicht die Aufgabe haben, die Gesellschaft durch ev. lebenslängliche Internirung solcher Verbrechernaturen überhaupt zu schützen, die oft nur durch einen pathologischen Alkoholreaktionszustand kriminell wurden, der Anstalt in solchem zugingen, nach Ablauf desselben aber nicht mehr in eine Irrenanstalt gehörten. Solche Degenerirte sind häufig auch arbeitsscheue Menschen und provoziren oder simuliren einen alkoholistischen Ausnahmszustand, um eine Weile in der Irrenanstalt versorgt zu werden. Eine solche habe aber gewiss Recht und Pflicht, solcher Spitalbrüder sich ehemöglich wieder zu entledigen. Auch für solche degenerative Menschen möge durch passende Internirung gesorgt werden, aber die Irrenanstalt wäre mit ihnen zu verschonen.

Berze, Gehören gemeingefährliche Minderwerthige in die Irrenanstalt? Wiener medizinische Wochenschrift No. 26.

Auch Verf. knüpft an den Wiener Alkoholisten-Kongress an und die dort gegen die niederösterreichische Landesirrenanstalt erhobenen Vorwürfe, dass sie notorisch gemeingefährliche Geisteskranke aus den Anstalten entlasse. Gemeint sind die Trinker. Man kann sie nicht als Geisteskranke bezeichnen, wohl aber als psychopathisch Minderwerthige und als zurechnungsfähig mit verminderter Schuld. Als solche gehören sie in besondere Strafabsonderungsanstalten und sofern sie unverbesserlich sind, dauernd in solche Anstalten, nicht aber in Irrenanstalten, denen die Heilung und Pflege Geisteskranker obliegt, höchstens in besondere Abtheilungen jener. Es ist Pflicht der Gesetzgebung, hier einzugreifen und für solche Existenzen vorzusorgen.

Henneberg, Beitrag zur forensischen Psychiatrie. Charité-Annalen, XXVI. Jahrgang.

Sehr interessanter eingehend mitgetheilter Fall eines geisteskranken (paranoischen) Schwindlers (Pseudologia phantastica), dem es gelungen war, durch die Macht seines in letzter Linie auf paranoischen Phantasien und Delirien basirten Wortes eine Vereinigung von 10 Personen zu begründen und mit seinen oft recht romanhaften Vorspiegelungen dieselben zu Handlungen (Sittlichkeitsverbrechen u. s. w.) zu verleiten, die der allgemeinen Auffassung von Sittlichkeit sehr zuwiderlaufen. Der Fall ist sehr lehrreich, aber einer gedrängten Zusammenstellung in einem Jahresbericht unzugänglich, sodass auf das Original verwiesen werden muss.

Rathmann, Ueber die nach Schädeltrauma eintretenden psychischen Störungen. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 22.

Verf. berechnet aus der Statistik der Irrenanstalten 2,66 % Geisteskrankheiten nach Kopfverletzung, aus den chirurgischen Statistiken 2,37 %.

Die Heilprozente sind 27,47.

Verf. hat das Krankenmaterial der Irrenanstalt Bonn verarbeitet und gefunden unter 1931 Männern 44, unter 1704 Weibern 7 Fälle von traumatischer Psychose, also 2,79 % Männer und 0,41 % Weiber. Es werden 51 Krankengeschichten veröffentlicht. Bezüglich des klinischen Details muss auf das Original verwiesen werden.

Troeger, Die durch Kopfverletzung entstehenden Geistesstörungen. Friedreich's Blätter f. gerichtl. Medizin, 52. Jahrgang, Heft 4.

Beachtenswerthe, im Auszug nicht mittheilbare Studie über Pathogenese, klinische Formen, Therapie dieser Gattung von Psychosen. Eingehende und ziemlich vollständige Literaturübersicht seit 1868.

Burgl, Gutachten über den Geisteszustand der Schuhmachersfrau W. (Zweimalige Brandstiftung im eigenen Hause, hysterische Seelenstörung, Angstzustände mit schreckhaften Halluzinationen.) Friedreich's Blätter f. gerichtl. Medizin Heft 3.

W., 26 Jahre, erblich schwer belastet, geistig beschränkt, von hysterischem Charakter, seit der Pubertät, die erst mit 19 Jahren eintrat, Zeichen von hysterischer Psychose und seit 1898 nach einen Trauma solche von hysterischer Neurose bietend, erfuhr am 29. September 1900 heftigen Schreck durch einen Brand in einem benachbarten Hause, hat in der Folge hysterische Dämmerzustände mit Angst und Halluzinationen, stiftete am 29. September und 4. Oktober Brand im eigenen Hause, motivlos, wohl auf Grund von imperativen Halluzinationen, hatte Amnesie für die erste Brandstiftung. Keine Verurtheilung.

Siemerling, Obergutachten über den Geisteszustand des Metzgers Sch. Ebenda, Heft 3.

Brandstiftung, hereditäre Belastung, melancholische Verstimmung, Alkoholeinwirkung, Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit, Entmündigung, Ehescheidungsklage.

Snell, Gutachten über den Geisteszustand des Tischlers H. (Nothzucht und Blutschande gegen die Tochter, Körperverletzung und Bedrohung der Ehefrau. Paranoia. Einstellung des Verfahrens.) Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin, 3. Folge, XXI, S. 64.

H., geb. 1848, unbelastet, 1867 wegen Brandstiftung zu 10 Jahren Zuchthaus verurtheilt, nach 3½ Jahren begnadigt, heirathete 1878 eine schlechtbeleumundete Person, stand im Verdacht, 1894 seinen 13jährigen im Keller erhängt vorgefundenen Sohn ermordet zu haben, erschien schon damals geistig nicht normal zu sein, wurde in der Folge von seiner Frau denunzirt, weil er sie misshandle, den Kindern nach dem Leben trachte, mit seiner 20jährigen Tochter koitire (unter Anwendung von Gewalt), im ehelichen Verkehr die Frau misshandle, indem er sich Holzstücke und dergl. am Glied befestige. Gerichtsärztlich wurde Paranoia gefunden. In der Anstalt Hildesheim fand man asymmetrischen Gesichts- und Hirnschädel, Diabetes insipidus, weit verzweigten, vielfach ganz ungeheuerlichen Verfolgungswahn, der sich besonders gegen die Ehefrau kehrte und ihr alle möglichen Schandthaten nachsagte. Nachweis einer Paranoia mit systematischen Wahnideen. Zurückweisung der versuchten Annahme einer partiellen Zurechnungsfähigkeit.

Penta, Klinisch-forensischer Beitrag zum epileptischen Irresein. Rivista mensile di Psichiatria forense, III, 7, 8.

1. B., 26 Jahre, seit 2 J. verheirathet, ortsbekannter Epileptiker seit dem 18. Jahr, mit zeitweisen meist postepileptischen Ausnahmezuständen von grand mal, Angst, schreckhaften Delirien und Halluzinationen, hat im Nachstadium von Anfällen motivlos auf Grund von Delirien seine Frau, während er ackerte und sie schlief, mit der Hacke erschlagen. Amnesie für die That.

2. T., 33 Jahre, ledig, Besitzer eines kleinen Gutes, hat am 24. März 1887 plötzlich den Vater, der sich gerade anschickte, zur Feldarbeit zu gehen, überfallen und ihm mit einer Anzahl von Schlägen den Schädel eingehauen. Dann lief er wie ein Automat, ganz ruhig, die Hacke über der Schulter 18 Kilometer weit, bis er von den Gendarmen ergriffen und widerstandslos gefesselt wurde. Keine Belastung. Mit 16 Jahren schwere Commotio cerebri und darauf heftige fieberhafte Cerebralerkrankung mit Delirien. Im Anschluss schwere epileptische Degeneration, gefährliche Impulse gegen Angehörige, Nachbarn, selbst Thiere. In einem heftigen Erregungszustand wurde er zum Mörder des Vaters. Genitalien rudimentär, bartlos, Schädel asymmetrisch, mit Narben bedeckt, cretinoide Erscheinung, Facialisparese, Tremores, Ticbewegungen, Demenz, ganz geringer Sprachschatz, häufige epileptische Anfälle, öfters psychische Aequivalente, Wuthzornanfälle. Hinweis auf analoge Fälle von traumatischer Epilepsie in der Literatur.

Zollitsch, Generalarzt, Die geistigen Störungen in ihren Beziehungen zur Militär-Dienstunbrauchbarkeit und Zurechnungsfähigkeit. Würzburg. Broschüre.

Verf. empfand das Bedürfniss nach einer Anleitung, „welche in kurzen bestimmten Sätzen die Beurtheilung und Erkenntniss der in Frage stehenden krankhaften Geisteszustände erleichtern könnte".

Es handelt sich um blosse Winke und aphoristische Bemerkungen. Mit Recht wird besonders auf den so wichtigen angeborenen Schwachsinn und die Dementia verwiesen. Die Aufgabe einer Besserungsanstalt darf der Armee, die weder intellektuell noch moralisch Minderwerthige verwerthen kann, nicht gestellt werden. Die Besprechung der einzelnen psychopathischen Zustände ist eine durchaus sachgemässe, aber keineswegs erschöpfende.

Wachenfeld, Prof. jur., Homosexualität und Strafgesetz. Broschüre in 8°, 148 S.

Verf. bespricht die Frage der Streichung des § 175 im Deutschen St.G.B. In seiner interessanten Broschüre erkennt er an, dass die medizinische Forschung eine angeborene, dem Willenseinfluss entzogene, krankhafte conträre Sexualempfindung nachgewiesen habe, erklärt solche Fälle aber für selten und einer besonderen Berücksichtigung seitens des Gesetzgebers nicht

bedürftig, da die krankhafte Sexualerscheinung eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit nach Verf. darstellt und sofern auch die Strafeinsicht fehlt und der c. Sexuale nur im Sinne einer der Zwangsvorstellung analog wirkenden anomalen Empfindung sexuell zu handeln fähig ist, die Freiheit seiner Willensbestimmung damit aufgehoben ist, also der Thäter für seine sexuale Handlung, aber nur für diese, laut § 51 straflos ausgehen muss. Wäre diese Anschauung unbestritten in foro, so müsste man dem Verf. recht geben, dass der § 175 gegen blosse Wüstlinge („Homosexualität") beizubehalten sei. Auf medizinisch psychologischem Gebiet kann man dem Verf. nicht folgen, denn er gebraucht Termini ganz willkürlich und richtet Verwirrung an, hat kein Verständniss für die anthropologisch klinischen Thatsachen der c. Sexualempfindung, die er für eine seltene und nur mit Zwitterthum in Verbindung stehende Erscheinung hält. Er leugnet die Annahme einer besonderen Veranlagung, erklärt bezügliche „Theorien" der Wiener Schule für widerlegt und stellt die These auf (S. 144): „Contrasexualität ist, von seltenen Ausnahmen abgesehen, eine selbsterworbene Eigenschaft, auf welche äussere Umstände wie Erziehung, Lektüre, Verführung von hervorragendem Einfluss sind. Der Einfluss ist natürlich umso wirksamer einer schwächlichen Konstitution gegenüber, die schädlichen Einwirkungen schwer Herr zu werden vermag."

Dass diese „schwächliche Konstitution" eine originäre Anomalie, meist eine bloss bisher latente conträre Sexualempfindung bedeutet, dass ohne solche noch niemals Jemand durch Einflüsse des Milieu ein Urning geworden ist, davon weiss der Jurist nichts.

Seine Schlüsse sind demnach nicht annehmbar. Anzuerkennen ist, dass Verf. mildernde Umstände bei homosexualen Delikten zubilligen und sogar in solchem Fall auch Geldstrafen erkennen will.

Richter, Motivirtes Gutachten über einen Fall von geschlechtlicher Perversität. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 22, S. 305.

X., ledig, geb. 1878, hat seit 1899 wiederholt unzüchtige Handlungen mit einem 9jährigen Knaben vorgenommen. Schon vor dem 16. Jahre hatte X. Masturbatio mutua getrieben. Ungewöhnlich frühe geschlechtliche Entwicklung und Liebschaften mit Jungen. Grosse Reizbarkeit. Fiasco im sexuellen Verkehr mit Mädchen. Jedenfalls psychopathische Minderwerthigkeit. Im Beruf als Kaufmann nicht recht zu brauchen. Aus schwer belasteter Familie. Von Kindesbeinen auf nervös, läppisch, unverträglich, höchst reizbar. Einsichtslos für seine Lage bezw. Delikte, Anwandlungen von Selbstüberschätzung bis zu Grössenideen. Auffallender Stimmungswechsel. Andauernd Onanist, bekennt auch Andere zur Paederastie gebracht zu haben. Lachen bei ernsten Anlässen. Mangel sittlichen Empfindens, cynische Einbekennung aller sexuellen Delikte, Selbsterkenntniss der eigenen sexuellen Perversität und dass er ein abnormer Mensch sei. Das Gutachten fasst die

massenhaften Züge einer degenerativen Persönlichkeit zusammen, schliesst auf moralischen und intellektuellen Stumpfsinn, Stimmungsmangel, vollständige Einsichtslosigkeit bezüglich des eigenen Geisteszustandes und nimmt Geisteskrankheit an (§ 51), worauf das Verfahren gegen X. eingestellt wurde.

La Cara, Ein seltner Fall von sexueller Perversion. Rivista mensile IV, October und November.

X., 35 J., ledig, Italiener, aus guter Familie, hereditär nicht belastet, sehr begabt, Techniker, hatte bis zur Pubertät von Sexualia nichts gewusst, von da ab eine gewisse wollüstige Erregung, und Sensationen von der epigastrischen Region, die ihn Gähnen machten, Hitzgefühl auf der Haut empfunden, Anfälle von Niesen mit folgendem Nasenbluten gehabt und war auf Onanie verfallen. Die Hausmagd erregte seinen Geschlechtstrieb. Eines Tages beobachtete er, wie sie sich eines mit Blut besudelten Tuches (Menstrualbinde) entledigte. Neugierig betrachtete er den Gegenstand, bekam sofort Orgasmus und eine Pollution. Er nahm das Tuch an sich, nahm es nun jeweils abends in die Hand und masturbirte sich. Nach 6 Monaten gab er das Tuch der Magd zurück, coitirte mit ihr und in der Folge mit vielen andern Weibern, oft in Form des Coitus interruptus.

Mit 30 J. war er impotent geworden, brauchte eine Kur, nach der er mit einigem Vertrauen einen Cohabitationsversuch in einem Lupanar unternahm. Dieser glückte, da die betr. puella gerade Menses hatte. Seither wurde ein menstruirendes Weib sein Fetisch, durch den er volle Potenz gewann. Sonst liess sie ihn im Stich. Er benutzte reichlich seine Entdeckung, gelangte allmählich dazu, als Praeliminarien des Coitus Masturbatio feminae und gar cunnilingus zu treiben!

X. bot keine Degenerationszeichen, auch keine Neurose. Er war intelligent, fand sich durch die Art seiner sexuellen Handlungen ganz befriedigt, obwohl er anerkannte, dass es eine Anomalie sei.

Verf. deutet richtig den Fall als Fetischismus, der 15 Jahre latent geblieben war und erst mit dem Auftreten von Impotenz zum Vorschein kam. Ob Verf. recht hat, wenn er den Cunnilingus als masochistischen Akt bezeichnet, mag beim Abgang aller sonstigen masochistischen Zeichen dahingestellt bleiben.

Raoul Leroy, Gutachten über einen exhibirenden Epileptiker. Annales d'hygiène publique XLV, No. 1.

Am 21. Mai 1900 wurde Arbeiter L., als er vor einer 63jährigen Frau exhibirte, verhaftet. Schon am 8. hatte er diese sexuelle Demonstration vor einer 32jährigen Frau und am 9. Mai vor 2 kleinen Mädchen auf offener Strasse begangen. Er wusste angeblich von nichts. Es kam heraus dass L. schon 1899 des gleichen Delikts wegen eine 6wöchentliche Freiheits-

strafe verbüsst hatte. Diesmal gelang es dem Vertheidiger, eine gerichtsärztliche Untersuchung herbeizuführen.

L. hat das Delikt immer in identischer Weise begangen. Angesichts ihm begegnender weiblicher Personen denudirte er sich, starrte eine Weile, ohne zu sprechen, die Personen an.

L., 34 J., hatte Säufer zu Eltern, entwickelte sich gut, gewöhnte sich im Militärdienst das Trinken an, war seit 1893 Exhibitionist geworden. Er war geistig beschränkt, aber gutmüthig, fleissig als Arbeiter, hat ungleiche Gesichtshälften und kleine ungleiche Ohren. Er ist hyposexual, angeblich nie der Masturbation ergeben gewesen. Er hat Amnesie für seine Delikte, ist starker Absynthtrinker und bekommt davon jeweils Anfälle von Automatisme ambulatoire, in dessen Zeit die Delikte fallen. Diese sind rein unbewusste impulsive Akte.

Nachweis, dass L. überdies zuweilen an nocturnen krampfhaften Anfällen von Epilepsie leidet. Im Uebrigen Zeichen von Alkoholismus. Aufnahme in eine Irrenanstalt.

Epaulard, Der Vampyrismus (necrophilie, necrosadismus, necrophagie). Broschüre in 8°. 98 S. Lyon.

Eine interessante, fleissige aus *Lacassagne*'s Schule hervorgegangene Studie, mit Aufzählung aller bekannt gewordenen Fälle dieser schrecklichen Perversion der Vita sexualis, vermehrt durch einen in Frankreich neuerlich vorgekommenen.

Ein gewisser Ardisson, geb. 1872, stammt aus einer Familie von Verbrechern und Irrsinnigen. Er lernte leidlich, war kein Trinker, ohne epileptische Antecedentien, nie krank gewesen, aber schwach im Geist. Sein Adoptivvater, mit dem er zusammen lebte, war ein moralisch verkommener Mensch. A., puber geworden, trieb Masturbation, devorare solebat sperma proprium, weil „es schade darum sei". Er lief den Mädchen nach, begriff nicht, dass sie ihn verschmähten. Loco quo mulieres urinaverunt, lotium bibere solebat. Er fand nichts Unrechtes dabei. Im Dorf galt er als ein käuflicher Fellator. Mit seinem Adoptivvater theilte er sich in die Gunst von Bettlerinnen, die bei den beiden nächtigten. Er trieb gern Fornicatio, auch war er Mammafetischist und liebte sehr mammas sugere. Mit der Zeit gelangte er zur Necrophilie. Er grub Leichen von weiblichen Kindern von 3 Jahren bis zu 60jährigen Weibern aus, trieb am Kadaver succio mammae, cunnilingus, nur ausnahmsweise Coitus und Mutilatio. Einmal nahm er sich einen Weiberkopf, ein andermal den Kadaver eines 3½jährigen Mädchens mit. Nach seinen horrenden Thaten brachte er das Grab sorgsam wieder in Ordnung. Er lebte isolirt, für sich, war zeitweise moros, zeigte nie Spuren von Gemüth, sonst war er guter Laune, selbst später im Gefängniss, verdiente sich auch Einiges als Maurergehülfe. Scham, Reue über seine Unthaten sind ihm fremd. 1892 hatte er eine Zeit lang als

Todtengräber Dienste geleistet. Zum Militär eingezogen, war er desertirt, hatte dann herumgebettelt. Er liebte Katzen und Ratten als Nahrung. Zum Militär zurückgestellt, desertirte nochmals. Man strafte ihn nicht, weil man ihn für nicht richtig im Kopfe hielt. Endlich liess man ihn laufen. Er wurde wieder Todtengräber. Anlässlich der Beeerdigung eines 17jährigen Mädchens mit schönem Busen erwachte in ihm der Drang, die Leiche wieder auszugraben. Solche Profanationen beging er in der Folge eine Unzahl. Einen Kopf, den er mit heimnahm, küsste er oftmals und nannte ihn seine Braut. Attrapirt wurde er, indem er den Kadaver eines $3^1/_2$ Jahre alten Kindes daheim in Stroh versteckte, nachts an demselben seine geschlechtliche Brunst befriedigte, selbst als die Fäulniss schon die Wohnung verpestete nnd ihn verrieth. Unumwunden, lachend gestand er Alles. A. ist klein, prognath, hat symmetrischen Gesichtsschädel, allgemeinen Tremor, ist schwächlich, Genitalien normal, sexuelle Erregung nicht vorhanden. Intelligenz sehr gering, moralischer Sinn fehlt gänzlich. Es gefiel ihm im Gefängniss.

Verf. theilt die Fälle von Vampyrismus ein in Necrophile (beliebige Art der Befriedigung des Geschlechtstriebs an Kadavern) und Necrosadisten (Leute, welche Leichen verstümmeln, um zum Orgasmus zu gelangen), die selbst Necrophagen werden können. Beiden geht öfters ein Lustmord voraus. Bei ihnen ist fast immer schwere psychische Degeneration nachweisbar.

Sullivan, Alcoholic homicide. The journal of mental science. October 1900.

Verf. verfügt über eine Statistik von 36 Morden und 44 Mordversuchen, die chronische Alkoholisten im akuten Rauschzustand begangen hatten. An der Hand einiger besonders charakteristischen Fälle bespricht er die wichtigsten klinischen Erscheinungen des Verbrechers und Verbrechens. Das auffallendste Symptom ist die automatische Art, wie das Verbrechen ausgeführt wird. Vielfach fehlt jedes Motiv. Jede Spur von Erinnerung an die That ist ausgelöscht. Gewöhnlich folgt auf den Mord Selbstmord, wenn das Verbrechen aus inneren Ursachen hervorgegangen ist. In den typischen Fällen fehlt jeder äussere Anreiz, oder er ist nur unbedeutend, wie z. B. bei Zänkereien unter Eheleuten. Der geringe äussere Reiz wird durch den mächtigen innern Reiz, die psychomotorische Reizbarkeit des Alkoholisten, mehr als aufgewogen. In gewissen Stadien der Vergiftung ist die Leichtigkeit der Umsetzung des Vorstellungsbildes in die motorische Sphäre ungewöhnlich gross. Die leichte motorische Entladung beim Alkoholisten bringt es auch mit sich, dass eine anfangs geringe Thätlichkeit zu wüthender Heftigkeit anwachsen kann.

Wenn auch die Erinnerung an die That fehlt, so giebt es doch Fälle, wo sie bloss verwischt, oder aber vollständig erhalten ist.

Bei der Beurtheilung des Bewusstseinszustandes ist einmal von Wichtigkeit der chronische Missbrauch des Alkohols, dann aber auch der Nachweis einer gewissen geistigen Instabilität, sei sie ererbt oder erworben. Bei Instabilität des Individuums braucht übrigens der Missbrauch nicht chronisch zu sein.

Das Opfer des Mordes bei Säufern ist häufig die Frau. Von den 36 Fällen gehörten 24 dahin. Der Wahn der Untreue treibt hier den Säufer zur That.

Die innern Vorgänge, die sich beim verbrecherischen Alkoholiker abspielen, erklärt Verf. so: Der Alkohol bringt fast in jedem Organ des Körpers krankhafte Veränderungen hervor. Da nun jedes Organ indirekt durch Beeinflussung der Blutzusammensetzung, oder direkt durch Nervenverbindung auf das Gehirn einwirkt und die Art unserer Gemüthsverfassung bestimmt, so muss sich bei Erkrankungen der Organe auch unsere Stimmung ändern. So wird der Alkoholiker niedergeschlagen, reizbar. Da nun zugleich auch die höhern Centren des Gehirns geschädigt werden, fällt jede Hemmung weg, und der Alkoholiker steht ganz unter dem Einfluss der durch die Organerkrankungen gesetzten abnormen Stimmungslage. Zum Vergleich weist Verf. auf die Symptome und Wirkungen bei andern Vergiftungen, Blei-, Quecksilber-, Schwefel-, Kohlenstoff- und Pellagra-Vergiftungen. *Ganter.*

Smith, Percy, A case of epileptic homicide. The journal of mental science. July.

Ein Mann ermordete nachts Frau und Kind. Geisteskrankheit und Epilepsie in der Familie. Er war in Afrika Soldat gewesen, erkrankt am Sonnenstich, später Fieber. Charakter reizbar, gewaltthätig, sehr fromm. Anfälle von Delirium mit Bewusstlosigkeit. Abspannung, Schlaflosigkeit, neuralgische Schmerzen des Kopfes. Mit Frau und Kindern stand er sonst gut. Der Mordnacht war ein heftiger Anfall von Neuralgie vorausgegangen. Die Umstände vor und nach der That schienen auch hier für ein zweckmässiges und überlegtes Handeln zu sprechen, was ja dem Laien die richtige Beurtheilung des Falles so sehr erschwert. *Ganter.*

Wiglesworth, Case of murder, the result of pure homicidal impulse. The journal of mental science. April.

Verf. schildert einen Fall von reinem Mordimpuls. Als Direktor hatte er zwei geisteskranke Frauen in seinem Haushalt beschäftigt. Die H. hatte verschiedene Grössenideen und war eine harmlose Person. Die Gr., 28 J. alt, Rekonvaleszentin, war vor einigen Monaten aufgenommen worden. Sie war damals sehr deprimirt, zurückhaltend, schweigsam und verrieth einige unbestimmte Vergiftungsvorstellungen. Zur Zeit schien sie gesund und war schon überall in der Anstalt beschäftigt worden. Eines schönen

Morgens wurde Verf. durch Gekreisch und Schreie vom Frühstück aufgeschreckt, und wie er die Treppe hinaufeilte, sah er die Gr. auf der H. knieen und sie im Nacken mit einem Tischmesser bearbeiten. Er riss die Mörderin weg, die alsdann in einen anstossenden Gang lief. Die Wunde erwies sich später als tödtlich, da die Vertebralis durchschnitten war. Einige Stunden später inquirirte Verf. die Gr. Er konnte keine Wahnideen und keine Sinnestäuschungen bei ihr nachweisen. Sie zeigte sich etwas erregt, war aber in ihrem Reden vernünftig und zusammenhängend. Sie sagte aus, was sie schon vorher der Oberwärterin gegenüber geäussert hatte, sie sei diesen Morgen in einer verzweifelten Stimmung aufgestanden und habe den unbestimmten Drang gefühlt, Jemanden zu tödten; möge kommen was wolle, sie müsse Jemandem den Hals abschneiden. Sie habe nichts gegen die H. gehabt. „Das arme Ding" thue ihr leid. Sie habe sie nur angefallen, weil sie ihr eben zuerst begegnet sei. Das Messer hatte sie sich aus einem Schrank zu verschaffen gewusst. Der Oberwärterin erzählte sie noch am gleichen Abend auf ihre Fragen, dass sie vor 14 Tagen denselben Drang zu tödten in sich gespürt habe. Sie arbeitete damals auf einem Korridor der Abtheilung und wusste sich ein Messer zu verschaffen, das sie unter der Schürze verbarg. Darauf lief sie einem der Dienstmädchen nach, mit der Absicht, es ihr in den Nacken zu stossen. Zufällig kam ein anderes Dienstmädchen dazwischen, worauf sie von ihrem Vorhaben abstand und das Messer wieder an seinen Platz legte. Sie setzte dann ihre Arbeit fort, und der Drang verschwand allmählich. Ein ähnlicher Vorfall habe sich einmal in der Küche ereignet. Sie erzählte Alles ganz trocken und verrieth nicht die geringste Spur von Gewissensbissen. Nach 24 Stunden wurde sie mürrisch und schweigsam. Nach 2 Tagen wurde sie erregt und hysterisch, und als sie vom Gericht verhört werden sollte, begann sie zu singen, richtete unverschämte Bemerkungen an einen der Zeugen, wurde schliesslich ohnmächtig und kümmerte sich weiter nicht mehr um die Vorgänge. An jenem Morgen war die Menstruation eingetreten. Da sie weiter schwatzte von Mord, Halsabschneiden und sehr erregt war, kam sie nach Broadmoor.

Eltern blutsverwandt, abnorm. Geisteskrankheiten in der Familie. Die Gr. hatte mit 9 Jahren mit einer Kanne einen Schlag auf den Kopf erhalten. Seitdem Anfälle. Ruhig, zurückhaltend, fromm. Neuralgie. Zeitweise Trunk. Ihr Aufenthalt schwankte zwischen Freiheit, Irrenanstalt, Arbeitshaus, Mädchenheim. Eine Oberin schilderte sie als trunk- und streitsüchtig. In der Irrenanstalt wechselte Schweigsamkeit mit Erregtheit. Es fehlte ihr die Selbstbeherrschung. Manchmal war sie gewaltthätig, zerriss, warf sich auf den Boden, behauptete, Kinder schreien zu hören. Sie hatte auch schon scheinbare Selbstmordversuche gemacht.

Verf. schliesst mit Recht, dass es sich hier um eine degenerirte und erblich belastete Person handle. Der Fall verliert aber doch etwas von seiner Kuriosität, wenn man bedenkt, dass der Mordimpuls durchaus nicht

als isolirte Erscheinung dasteht, ohne ursächlichen Zusammenhang, vielmehr lässt er sich hier in das Symptomenbild der auf degenerativer Basis beruhenden schweren Hysterie einreihen. Man braucht nicht mit dem Verf. nach dem Atavismus hinüberschielen[1]), oder sonst gezwungene Erklärungsgründe suchen. So etwas würde auch kaum einem Richter einleuchten, wenn es sich um einen forensischen Fall handelte. Der bei diesen Impulsen sich abspielende Gehirnmechanismus bleibt uns allerdings verborgen, man kann eben einen solchen Fall nur an der Hand bekannter Erfahrungsthatsachen erklären. *Ganter.*

Baker, *J.*, Epilepsy and crime. The journal of mental science. April.

Nachdem Verf. sich gegen das Bestreben von *Lombroso* und seinem Anhang, den Begriff der Epilepsie möglichst weit auszudehnen, gewendet hat, stellt er eine Statistik zusammen über die Epileptiker von Broadmoor. Seit seiner Eröffnung 1863 bis Oktober 1900 wurden 2435 Kranke aufgenommen, 1860 Männer und 575 Frauen, darunter 139=7,5 % männliche und 26=4,5 % weibliche Epileptiker. Was die Art der von den Epileptikern verübten Verbrechen anbelangt, so handelte es sich in 117 Fällen um Verbrechen gegen die Person, woran 96 Männer und 21 Frauen betheiligt waren, und in 48 Fällen um Verbrechen gegen das Eigenthum, und zwar bei 43 Männern und 5 Frauen. Das Verhältniss der Männer zu den Frauen bei den epileptischen Insassen betrug 85 % Männer und 15 % Frauen. Es ist also das Verhältniss der epileptischen Verbrecher zu den Epileptikern überhaupt bei weitem grösser als das der epileptischen Verbrecherinnen zu den Epileptikerinnen überhaupt. Ferner übersteigt das Verhältniss der Männer, die ein Verbrechen im geisteskranken Zustand begehen, um Vieles das der Frauen.[2])

Nach der Art des Verbrechens überwiegen im Vergleich zu den Verbrechen gegen das Eigenthum die gegen die Person, wie folgende Notiz zeigt:

	Männer	Frauen
Verbrechen gegen die Person . . .	69 %	81 %
„ „ das Eigenthum .	31 %	19 %.

Bei den Verbrechen gegen die Person handelt es sich meist um Mord und Mordversuche, bei den Verbrechen gegen das Eigenthum um Diebstahl und Brandstiftung.

Die Erregung und psychische Störung kann beim Epileptiker eintreten:

[1]) Thier sind wir alle.

[2]) Vom 1. IV. 99—31. III. 1900 wurden in den englischen Gefängnissen 86 Männer und 30 Frauen als geisteskrank begutachtet. Bei 6 Männern und nur bei einer Frau bestand Epilepsie.

1. vor dem Anfall, 2. nach dem Anfall, 3. zwischen den Anfällen und 4. als Ersatz für den Anfall. In allen vier Stadien kann der Epileptiker gefährlich werden. Verf. bringt zum Beweise hierfür einige Krankengeschichten und bespricht im Anschluss daran verschiedene klinisch wichtige Erscheinungen. Die psychische Störung, die dem Anfall vorausgeht, äussert sich oft in einer unerklärlichen Furcht, in schreckhaften Illusionen und Halluzinationen, in Eifersuchts- oder Verfolgungswahnideen. In anderen Fällen wiederum folgt auf den Anfall ein Zustand der Reizbarkeit und des sinnlosen Betragens, mit Neigung zu falscher Beschuldigung. Oft steigert sich der Zustand zur Manie oder zum Furor epilepticus, mit dem Trieb zu Mord und Selbstmord. Oft endigt ein blosser Verdacht, der sich vor dem Anfall im Gehirn festsetzte, nach dem Anfall im furor mit einem Verbrechen. In einem solchen Falle besteht manchmal nicht einmal Verlust des Bewusstseins oder Gedächtnisses. Eigenthümlich sind Fälle wie der, wo die Mutter ein Stück Brot schneiden will, plötzlich einen Anfall bekommt und gleich darauf den Arm ihres Kindes abschneidet. Verf. macht noch auf die Schwierigkeit aufmerksam, Amnesie festzustellen, namentlich dann, wenn der Kranke bereits durch Freunde bearbeitet, oder durch das Gericht verhört worden ist.

Dass der Alkohol den an sich schon gefährlichen Epileptiker noch gefährlicher macht, ist bekannt. *Ganter.*

Brayn, *Richard*, A brief outline of the arrangements for the care and supervision of the criminal insane in England during the present century. The journal of mental science. April.

Verf. giebt eine kurze geschichtliche Uebersicht über die Fürsorge für verbrecherische Geisteskranke in England im verflossenen Jahrhundert. Vor 1800 war das Verfahren sehr schwankend und unsicher. Bald wurden sie wie gewöhnliche Geisteskranke behandelt, bald ins Gefängniss oder Zuchthaus gesteckt, bald einfach laufen gelassen. Die erste gesetzliche Bestimmung über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten rührt vom 28. Juli 1800 her und war die direkte Folge eines Attentats auf Georg III. Darnach hatte der König das Verfügungsrecht über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Da es aber unbestimmt gelassen worden war, wer die Kosten zu bestreiten hatte, so scheint es, als seien die geisteskranken Verbrecher nach wie vor dem Gefängniss überwiesen worden. 1807 wurde eine Kommission ernannt, die sich mit der Frage der verbrecherischen und armen Geisteskranken zu beschäftigen hatte. Sie empfahl die Errichtung einer besondern Anstalt für die, die wegen eines Verbrechens, begangen im Zustand der Geisteskrankheit, verurtheilt worden waren. 1814 wurden im Anschluss an das Bethlem-Hospital Abtheilungen für 60 verbrecherische Geisteskranke geschaffen und der ärztlichen und sonstigen Leitung des Hospitals unterstellt. Die Kosten

trug die Regierung. Bald reichten die Plätze in Bethlem trotz der doppelten Vergrösserung nicht mehr aus, und so ging die Regierung 1849 einen Vertrag ein mit dem Eigenthümer des Fisherton House, die überzähligen verbrecherischen Geisteskranken aufzunehmen. Aehnliche Verträge wurden mit verschiedenen Irrenanstalten, wie denen zu Camberwell und Dumfries, abgeschlossen. Derweilen war 1835 aus dem House of Lords eine Kommission gewählt worden, um sich über den Stand des Gefängniss- und Zuchthauswesens zu unterrichten. Das Gutachten lautete: „Personen, bei denen das Verfahren vorläufig eingestellt worden ist, oder die zwar verurtheilt, wegen Geisteskrankheit aber nicht bestraft werden können, sollen nicht im Gefängniss oder Zuchthaus untergebracht werden." Nach einer Bestimmung von 1838 ist Jemand, der ein Verbrechen im geisteskranken Zustand begeht, oder im Begriff ist zu begehen, nach dem Urtheil zweier Richter und auf Grund eines ärztlichen Gutachtens einer Irrenanstalt zu überweisen. Eine Bestimmung von 1840 dehnte die Bestimmung von 1800, wonach des Hochverraths, des Mordes, kurz der schweren Verbrechen für schuldig befundene Geisteskranke in einer Irrenanstalt unterzubringen sind, auch auf die aus, die nur ein Vergehen begangen hatten. Bei der Ueberfüllung der Abtheilungen zu Bethlem und Fisherton kam man auf das Gutachten der Kommission von 1807 zurück und beschloss den Bau einer besondern Anstalt für geisteskranke Verbrecher. So wurde 1856 der Plan für die Anstalt zu Broadmoor entworfen. Noch während des Baues (1860) äusserte sich eine vom Unterhaus erwählte Kommission dahin: „Solche Personen mit anderen Kranken zusammenzubringen, ist vom Uebel. Es ist für sie selbst und die andern Kranken schädlich. Sie aber im Genesungsstadium als selbstverständlich frei zu lassen, ist ein noch grösseres Uebel und kann wegen der grossen Gefahr für die Gesellschaft nicht gebilligt werden." 1863 wurde Broadmoor eröffnet. Die Anstalt bestand ursprünglich aus 6 Pavillons für Männer mit 400 Plätzen und einem Pavillon für Frauen mit 100 Plätzen. Jetzt sind es 480 Plätze für Männer und 187 für Frauen. 1884 wurden eingehendere Bestimmungen erlassen über die Begutachtung, Unterbringung, Ueberführung, Behandlung und Entlassung der geisteskranken Verbrecher. Die Behandlung dieser Individuen unterscheidet sich nur insofern von der der übrigen Geisteskranken, als besondere Sicherheitmassregeln und eine grössere Zahl Wartepersonal nöthig sind. Es sind auch nachts eine grössere Zahl Zellen erforderlich als in einer gewöhnlichen Irrenanstalt. Die Zellen sind beliebt, da viele Kranken es vorziehen, allein zu schlafen. Der schwierigste Punkt ist die Frage nach der Entlassung der geisteskranken Verbrecher, namentlich der Mörder. Selbst wenn in der Anstalt die äussern Symptome der Geisteskrankheit geschwunden sind, ist die Gefahr der Rückfälligkeit in dem freien, ungebundenen Leben ausserordentlich gross. In Broadmoor werden die geeigneten Kranken gewöhnlich bedingungsweise und gegen Bürgschaft eines Verwandten oder Freundes entlassen. Diese übernehmen

alsdann die Obhut und verpflichten sich, regelmässig Berichte über den psychischen Zustand ihres Schützlings an den Staatssekretär einzusenden, damit der Kranke rechtzeitig beim Eintreten verdächtiger Symptome wieder eingeliefert werden kann.[1]) Auch die verheirathete Frau, die während ihres puerperalen oder sonstigen Irrsinns ihre Kinder umbrachte, rechnet Verf. zu den gefährlich bleibenden Geisteskranken. Er macht eine zarte Andeutung, ob man sie in dem Falle nicht „sterilisiren" sollte.

Zum Schluss verweist Verf. auf den häufigen Zusammenhang zwischen Sinnestäuschungen und Mord. Eine Statistik über die am 31. XII. 1899 in Broadmoor anwesenden Insassen ergab, dass es sich in 83,3 % um Mord und Mordversuche handelte, wovon auf die Männer 81,2 % und auf die Frauen 94,7 % entfielen. *Ganter.*

Mercier, Punishment. The journal of mental science. July.

Nicht jeder Geisteskranke soll unter allen Umständen frei von Strafe bleiben. Die meisten Geisteskranken sollten in angemessener Weise für diese oder jene schlimmen Handlungen bestraft werden. Es ist in jeder Anstalt üblich, die Geisteskranken bei Gelegenheit zu bestrafen.

Solange der Geisteskranke im Stande ist, den Zusammenhang zwischen Unrechtthun und der darauf folgenden Bestrafung einzusehen, so lange sind wir berechtigt, gewisse Strafen über ihn zu verhängen. Zwar dürfen die Geisteskranken nicht so wie die Gesunden behandelt und mit derselben Strenge bestraft werden, aber es ist daran festzuhalten, dass die meisten Geisteskranken, mit Beziehung zu ihren Handlungen, nur theilweise geisteskrank sind. Wenn sie also auch nicht für den krankhaften Theil ihres Zustandes entspringenden Handlungen bestraft werden dürfen, so können sie doch, wenn auch milder, für solche Uebelthaten bestraft werden, die ihrer gesunden Seite entspringen. *Ganter.*

Norwood, Physical and moral insensibility in the criminal. The journal of mental science. October.

Verf. hat 100 Insassen der Strafanstalt zu Portland im Alter von 18—66 Jahren auf ihre psychische und physische Empfindungslosigkeit untersucht. Alle möglichen Arten von Vergehen und Verbrechen waren vertreten. Er untersuchte die Sehschärfe nach *Snellen*, und den Farbensinn nach *Holmgren*, den Gehörssinn mit der Taschenuhz, den Geruchssinn mit verschieden starkem Gewürznelkenöl, den Geschmackssinn mit Glyzerin-

[1]) Damit traut man aber dem Verwandten oder Freund eine Fähigkeit der Beobachtung zu, wie sie sonst nur der Assistenzarzt zu besitzen pflegt, worüber uns ein gerechter Zweifel aufsteigt.



lösungen und den Tastsinn mit *Sieveking's* Aesthesiometer.[1]) Zum Vergleiche machte der Verf. dieselben Untersuchungen an 10 unbescholtenen Individuen. Jene Insassen theilte er in Leidenschafts-, Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrecher und fand folgende Resultate:

1. Der Normalmensch hat ein ausgeprägteres moralisches und physisches Empfinden als der Kriminalmensch.

2. Die Leidenschafts-, Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrecher stellen drei Grade moralischer und physischer Unempfindlichkeit dar.

3. Der Unterschied zwischen der moralischen Unempfindlichkeit der Leidenschafts- und Gelegenheitsverbrecher ist grösser als der zwischen Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrechern.

4. Der Unterschied zwischen der physischen Unempfindlichkeit der Leidenschafts- und Gelegenheitsverbrecher ist geringer als der zwischen Gelegenheits- und Gewohnheitsverbrechern.

5. Die Parallele zwischen der moralischen und physischen Unempfindlichkeit der 3 Klassen ist zwar ausgesprochen, aber nicht genau.

6. Der Einfluss der Erziehung auf die moralische und physische Unempfindlichkeit scheint unbedeutend zu sein.

7. Bei den Verbrechern gegen die Person, gewöhnlich Leidenschaftsverbrechern, ist die moralische und physische Unempfindlichkeit am wenigsten ausgesprochen. Bei denen gegen das Eigenthum ist sie grösser, bei den sexuellen Verbrechern am grössten.

8. Das Alter ist auf die moralische und physische Unempfindlichkeit ohne Einfluss.

9. Die Empfindung ist bei den Verbrechern abgeschwächt, d. h. die Zahl der Bewusstseinselemente, die Zahl der Wahrnehmungen, ist geringer als beim Normalmenschen, wodurch die Verbrecher weniger Vorstellungen zu bilden im stande sind als der Normalmensch. Dieser Vorstellungsausfall ist ein Schwächezustand, der durch das fehlende moralische Empfinden zum Ausdruck kommt. *Ganter.*

Lentz, Les aliénés criminels. Etude statistique et clinique. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Mars. No. 100.

Verf. will unter dem Ausdruck „aliénés criminels“ nur solche Individuen verstanden wissen, welche sich unter dem Einfluss einer Geistes-

---

[1]) Verf. untersuchte nebenbei noch 500 Gefangene auf Tätowierungen, weil manche Schriftsteller das Tätowiren für schmerzhaft halten. Es waren 216 = 43 % tätowirt, ein Prozentsatz, den Verf. für geringer hält als der im Heere und der Marine. Die Gefangenen und unbescholtenen Leute, die Verf. darnach fragte, schilderten ihm die Prozedur als nicht besonders schmerzhaft.

störung irgend eine strafbare Handlung, gleichgültig ob Uebertretung, Vergehen, Verbrechen, haben zu Schulden kommen lassen. Die Untersuchung erstreckte sich auf eine Zeitdauer von 25 Jahren und umfasst 485 männliche Individuen.

Die Zahl der antisozialen Irren hat im Laufe der Jahre erheblich zugenommen (von 4 p. a. bis zu 36 p. a.); ihre Zunahme beträgt in der zweiten Dekade verglichen mit der ersten 40 %, während die Zunahme der Irren sich nur auf 10 % beläuft. Die Zahl der antisozialen Irren in den einzelnen Jahren ist sehr verschieden, ebenso, nur unabhängig von jenen, die Zahl der Getsteskranken überhaupt. Durchschnitttich kommen auf 1000 Kranke 5, 5 antisoziale, bezugsweise 8,25, wenn nur die Erstaufnahmen Berücksichtigung finden. Im Februar erreicht die Zahl der aufgenommenen antisozialen Irren ein Minimum, im Mai ein Maximum. Die Zahl der Unverheiratheten überwiegt gewaltig.

Von den strafbaren Handlungen betragen etwa 50 % Verbrechen (Mord, Brandstiftung, Nothzucht, Diebstahl). Der fünfte Theil der antisozialen Irren war schwachsinnig. Alkoholische Psychosen sind mit 12, 5 % betheiligt. Der Alkohol spielt überhaupt eine Rolle bei mehr als der Hälfte der Fälle.

Die grösste Kriminalität kommt der Melancholie zu, dann der Paranoia, dann der Manie, was die Zahl der Verbrechen angeht. Berücksichtigt man aber die Qualität des Verbrechens, so steht an erster Stelle die Paranoia. Unter den Brandstiftern und Sittlichkeitsverbrechern finden sich recht viele Schwachsinnige.

41,6 % der Aufgenommenen konnten wieder entlassen werden, und zwar 20 % geheilt, 21,6 % gebessert. Von diesen wurden 23,6 % wieder aufgenommen. Ein Theil der wieder Aufgenommenen war auch kriminell rückfällig geworden. Die erneute Strafthat war meist nicht von Belang und glich vielfach derjenigen, welche die erste Aufnahme nothwendig gemacht hatte.

Kovalevsky, L'alcoolisme au point de vue médicolégal. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Juin. No. 101.

Kurze Schilderung der Krankheitsbildes der Trunkenheit, des Delirium tremens, der Dipsomanie (welche wohl in zu nahe Beziehung zum chronischen Alkoholismus gebracht wird) und Erörterung ihrer strafrechtlichen Bedeutung mit kasuistischen Belägen.

Willemaers, *H.*, Les aliénés criminels. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Décembre 1900. No. 99.

Individuen, die zugleich an Geistesstörung und an verbrecherischen Neigungen leiden, gehören weder ins Gefängniss noch in die Irrenanstalt,

sondern in ein unter staatlicher Aufsicht und irrenärztlicher Leitung stehendes Spezialasyl. Recht eingehend erörtert Verf., für welche Kategorien von Geisteskranken dieses Spezialasyl bestimmt sein soll. Verbrecherische Neigungen allein, ohne dass sie durch eine bestimmte Handlung bereits bethätigt sind, sollten noch nicht genügen. Die Internierung soll auf richterliche Anordnung erfolgen, schon deshalb, weil sie im Interesse der Sicherheit der Gesellschaft erfolgt. Schliesslich bespricht Verf. die Voraussetzungen, von welchen die Entlassung abhängig sein soll.

Heger, *Paul*, Les prisons-asiles. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Décembre 1900. No. 99.

Die Fürsorge für in den belgischen Gefängnissen befindlichen Geisteskranken zeigt sich in der, wenn auch inzwischen wieder eingeschränkten irrenärztlichen Ueberwachung der Gefängnisse; der wörtlich mitgetheilte bekannte Gesetzentwurf von Jules le jeune aus dem Jahre 1890 hat aber keine Gesetzeskraft bekommen können. Nachdrücklich fordert Verf. auch für Belgien die Schaffung eines Spezialasyls, welches die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochenen Verbrecher, die im Gefängniss psychisch erkrankten Verbrecher, sowie die Insassen der Irrenanstalten, welche verbrecherische Neigungen haben, aufnehmen soll.

Graham, *William*, Recent lunacy legislation: Retrogression or progression? The journal of mental science. October.

Verf. wendet sich energisch gegen eine Verfügung vom Jahre 1898, wonach in Irland unheilbare und harmlose Geisteskranke in Siechenanstalten oder dergl. untergebracht werden können, also der psychiatrischen Behandlung oder Beaufsichtigung entzogen werden sollen. Der Billigkeit halber will die Behörde einen Laien als Direktor anstellen, und nur gelegentlich soll ein in der Nähe praktizirender Arzt die Anstalt besuchen.[1]) Tout comme chez nous. *Ganter.*

Zuccarelli, *Angelo*, Quelques généralités sur l'anthropologie criminelle. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Juin. No. 101.

Die Kriminalanthropologie hat zwar viele Beziehungen zur Psychiatrie und Anthropologie, sie hat die gleichen Untersuchungsmethoden wie sie, aber sie erstrebt doch ein anderes Ziel und bildet eine Wissenschaft für sich, die vor allem viele soziale Gesichtspunkte zu berücksichtigen hat.

---

[1]) Wozu auch noch diesen Ueberfluss? Das Rizinusöl könnte ja schliesslich der Laien-Direktor auch noch verordnen. *G.*

Die Forderung, dass der Kriminalanthropologie ein besonderer Lehrstuhl eingeräumt werden soll, wurde auf des Verf.'s Vorschlag seinerzeit im Jahre 1896 von dem Genfer Kongress mit überwiegender Mehrheit angenommen.

Claus, La collocation des aliénés. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Décembre 1900. No. 99.

Zur Verhütung einer ungerechtfertigten Unterbringung in eine Irrenanstalt verlangt Verf. eine bessere Vorbildung der Aerzte in der Psychiatrie und die Beglaubigung des durch einen praktischen Arzt ausgestellten Aufnahmeattestes seitens eines nicht praktizirenden Gerichtsarztes.

Chas. A. Drew, Signs of degenerary and types of the criminal insane. American Journal of Insanity. April 1901.

Vortr. bespricht das Vorkommen der Degenerationszeichen bei den geisteskranken Verbrechern. Er legt auf Abweichungen mässigen Grades in der Schädelbildung, Veränderung des Kiefers, der Nase und des Gaumens nicht das Gewicht, wie *Lombroso* zum Beispiel, sie sind wohl Zeichen eines in seiner Widerstandsfähigkeit geschwächten Nervensystems, aber nicht Erscheinungen, die nothwendig für Geisteskrankheit oder Verbrechen sprechen. Das Gleiche gilt von den psychischen Degenerationszeichen, dem neuropathischen Charakter; auch er ist nur ein Zeichen für die mangelhafte Widerstandsfähigkeit des Gehirns. Dagegen betont Vortr. die Häufigkeit der sog. Degenerationszeichen bei den von ihm beobachteten geisteskranken Verbrechern. Hier waren Abweichungen von der normalen Schädel- und Gesichtsbildung so häufig und so bedeutend, dass seiner Ansicht nach ein Zweifel an den engen Beziehungen zwischen dem in seiner Widerstandsfähigkeit geschwächten Nervensystem und den körperlichen Abnormitäten kaum bestehen kann. *Behr*-Lüneburg.

Preston, *George J.*, Insane or Criminal? American Journal of Insanity.

Es handelte sich bei dem fraglichen Fall um eine aus guter Familie stammende, erblich nicht belastete, in jeder Weise angesehene Lehrerin, die in einfachen aber günstigen Verhältnissen lebte. Sie wurde wegen Betrug und Unterschlagung angeklagt, weil sie Jahre hindurch angeblich für eine Gesellschaft, die die Herausgabe volksthümlicher Schriften bezweckte, thatsächlich aber garnicht bestand, Geld gesammelt und zum Theil unterschlagen hatte. Bei den Verhandlungen war über den Verbleib des Geldes trotz sorgfältiger Untersuchung nichts zu ermitteln, die Angeklagte erklärte immer wieder, es an die betreffende Gesellschaft abgeliefert zu haben,

konnte aber weder den Namen noch den Sitz der Gesellschaft angeben. Dabei hielt sie, auch nach ihrer Verurtheilung, unerschütterlich daran fest, dass das Geld sich wieder einfinden würde. Verf. lässt die Frage offen, ob es sich hier um eine von anderen betrogene Person oder um eine Geisteskranke handelt. *Behr*-Lüneburg.

---

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: O. Snell-Lüneburg.

Hollander, *Bernard*, The present state of mental science. The journal of mental science. April.

Eine kurze Zusammenfassung unserer Kenntnisse über das Gehirn als Organ der Psyche. Wir thun am einfachsten, wenn wir uns an die Schlusssätze des Verf. halten: 1. Die Grösse des Gehirns ist nicht nur ein Mass für die Höhe der Intelligenz, sondern auch für die Kraft der Gefühle und Neigungen. 2. Die Zonen der Empfindung sind nicht die Zentren der Wahrnehmung und Reflexion, und die Hinterhauptslappen haben nichts mit den höheren intellektuellen Prozessen zu thun. 3. Mit der Annahme von rein motorischen und sensorischen Zentren allein könnte man nicht die Verschiedenheit der menschlichen Charaktere und geistigen Störungen erklären. Sie sind auch die Substrate der psychischen Zentren, also psychomotorische und psychosensorische Zentra. 5. Nur die Grösse der Frontallappen ist von Wichtigkeit für die Beurtheilung der Intelligenz. Die Frontallappen können mit den Maassen, wie sie auch für den Körper im Gebrauch sind, gemessen werden. Der Kopf mag bei einem gescheidten Individuum klein sein, wenn nur die Frontallappen verhältnissmässig gross sind. 5. Gedächtniss ist keine einheitliche Fähigkeit, sondern es giebt Gedächtnissarten und dementsprechende Zentren, so ein Gedächtniss oder Zentrum für Zahlen, Orte, Zeit, Worte, Töne etc. Das Wortgedächtnisszentrum ist bereits lokalisirt. 6. Es muss neben den Zentren für rein intellektuelle Prozesse in der Rinde noch solche geben für Gemüthsbewegungen und Strebungen. 7. Die intellektuellen Vorgänge überwachen die Gefühle und Neigungen, somit enthalten die Stirnlappen die Hemmungszentren für die im übrigen Gehirn sich abspielenden Prozesse. *Ganter.*

Dercum, *F. X.*, A clinical classification of insanity. The journ. of nerv. & ment. dis. August.

Verf. versucht eine rein klinische Eintheilung der Geisteskrankheiten. Er nimmt 5 Gruppen elementarer Formen an: 1. Delirium mit seinen gra-

duellen Abarten der Verwirrtheit und des Stupors, 2. Melancholie, Manie, zirkuläres Irresein und Mischformen, 3. Paranoia, 4. neurasthenisches Irresein, 5. Dementia. In der vierten Gruppe sind enthalten die Angstzustände, die sich bei neuropathischen Neurasthenikern aus der einfachen Ermüdungsneurose entwickeln, die Folie du doute, für welche *D.* die Bezeichnung „Insanity of indecision" wählen möchte, die Zwangsvorstellungen (*D.* schlägt vor: insanity from deficient inhibition) und die ähnlichen Formen (insanity of deficient will). Verf. bespricht das Erscheinen dieser Formen in den verschiedenen Lebensaltern und schliesst mit den Folgerungen, dass alle geistigen Störungen aus Infektion, Intoxikation, Diathese, visceralen Krankheiten, Erkrankungen des Nervensystems, Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation ausnahmslos zur ersten Gruppe gehören. Diese Ursachen liegen der zweiten Gruppe niemals zu Grunde, sie ist vorwiegend hereditär und auf bestimmte Lebensperioden beschränkt, während die erste Gruppe in jedem Alter und auch als Episode in jeder der anderen Gruppen auftreten kann. *Matusch.*

Molz, Ch. O., Tome of the medical and legal phases of insanity. The alienist & neurologist. Jan.

Der Vortrag ist vor Aerzten und Juristen gehalten. Man kann Sätze wie: „Geisteskrankheit ist eine Erkrankung des Gehirns, kann aber von jedem anderen Organ, z. B. dem Uterus, dem Colon ausgehen" — „Geisteskrankheit ist öfter sekundär als primär" dem Bestreben, populär zu sprechen, zu Gute halten, nicht aber Aussprüche wie: „Die Willenszentren sind stets in allen Formen affizirt, daher muss in jedem Falle von Zweifel an der geistigen Gesundheit eines Kriminellen die Frage präzisirt werden, ob er fähig oder unfähig ist, seine Handlungen zu kontrolliren, wiewohl er den Unterschied zwischen Recht und Unrecht wusste". „Die christliche Liebe sollte uns mit diesen kriminellen ehrlich und gerecht verfahren lassen, denn es ist besser, viele Schuldige frei ausgehen zu lassen, als einen Unschuldigen der äussersten gesetzlichen Strafe zu überliefern."

Matusch.

Clark Bell, Medical jurisprudence in the 19. century. The alienist & neurologist. Jan.

Historischer Ueberblick über die Entwicklung der gerichtlichen Medizin, summarisch der europäischen, ausführlich der nordamerikanischen.

Matusch.

Probst, Ueber den Hirnmechanismus der Motilität. Jahrbücher für Psych. und Neurologie 1901, Bd. XX.

Verf. bringt experimentelle Untersuchungen über Rindenabtragungen, Schweifkernverletzungen, Sehhügelverletzungen, Kapselverletzungen, Hirn-

schenkelfussverletzungen, vollständige Abtrennung des Grosshirns und Sehhügels, Halbseitendurchschneidungen in der vorderen Zweihügelgegend, in der Brücke, im verlängerten Marke und im Rückenmark nebst diesbezüglichen Rindenreizversuchen, über vollständigen Mangel des Hirnschenkelfusses und einer Pyramide und über experimentelle Epilepsie. Auf die umfangreiche detaillirte Arbeit kann hier nur hingewiesen werden. Echte *Jackson*'sche Epilepsie konnte nur von der Grosshirnrinde ausgelöst werden.

Havelock Ellis, The development of the sexual instinct. The alienist & neurologist. July.

E. erklärt die Aeusserungen des Geschlechtstriebes innerhalb der normalen Breite nicht für genügend festgestellt und will mit der Veröffentlichung von 8 „confessions" weitere Untersuchungen anregen.

Matusch.

Talbot, E. S., Race degenerary and dental irregularities. The alienist & neurologist. July.

Für die alte Theorie, dass bei den höheren Rassen die Entwicklung des Gehirns auf Kosten der Zähne und Kiefer geschehe, giebt dem Aufsatz keine neuen Beweise. *Matusch.*

Berger, H., Zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen namentlich unter dem Einfluss von Medikamenten. Experimentelle Untersuchungen. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1901.

Verf. giebt in dem allgemeinen Theil seiner Arbeit eine umfassende historische Uebersicht über die Forschungen betreffend die Blutzirkulation in der Schädelhöhle. Er bespricht dann die einzelnen Untersuchungsmethoden, unter denen für das Thierexperiment die von *Gärtner* und *Wagner* angegebene Methode, beim Menschen die Methode der plethysmographischen Gehirnkurve und der gleichzeitigen Registrirung der Volumkurve peripherer Organe sich ihm als die werthvollsten erwiesen haben. Schliesslich giebt Verf. noch physikalisch-physiologische Daten über die Zirkulatien in der Schädelhöhle. Der spezielle Theil der Arbeit enthält die Ergebnisse von Verf.'s eigenen Versuchen sowohl an Thieren, wie an einem Patienteu, dem auf Grund der Annahme einer Hirngeschwulst im hinteren oberen Winkel des Os parietale ein grösseres Knochenstück entfernt worden war. Bei den Beobachtungen über pulsatorische, respiratorische und vasomotorische Schwankungen ergab sich vor Allem, dass durch die Respiration ein grosser Einfluss auf die Gehirnzirkulation ausgeübt

wird, und durch dieselbe der Stoffwechsel des Zentralorgans befördert werden muss. Besonders interessant sind die Untersuchungen des Verf. über die Einwirkungen von Medikamenten auf die Hirnzirkulation, die z. Th. zu ganz unerwarteten Ergebnissen führen. Chloroform bedingt entgegen den klinischen Anschauungen eine Volumzunahme des Gehirns und Erweiterung der Blutgefässe dieses Organs. Cocain, dessen excitirende Wirkung auf das Gehirn gewöhnlich auf eine vermehrte Blutfülle des Organs zurückgeführt wird, bedingt eine Abnahme der Pulsationshöhe derselben, obwohl die Temperaturmessung auf lebhafte chemische Umsetzungen unter dem Einflusse dieses Mittels im Zentralorgan schliessen lässt. Es geht also einem gesteigerten Umsatz an chemischer Spannkraft keineswegs eine entsprechend gesteigerte Blutzufuhr parallel, wie man auch bei psychischen Krankheiten immer anzunehmen geneigt ist. Den allgemeinen Blutdruck steigernde Mittel befördern die Blutzirkulation im Gehirn, z. B. das Digetoxin. Das Ergotin scheint eine Einwirkung auf die Gehirngefässe nicht zu besitzen. Morphin bedingt eine Abnahme der Blutzufuhr zum Gehirn und einen verlangsamten Blutabfluss. Auch durch Hyoscin wird die Blutzufuhr zum Gehirn herabgesetzt; die Form der Pulswelle lässt dabei auf eine Kontraktion der Gehirngefässe schliessen. Man wird deshalb mit der Anwendung dieses Mittels bei Psychosen, bei denen eine mangelhafte Ernährung des Gehirns anzunehmen ist, sehr vorsichtig sein müssen.

Aus diesen Untersuchungen des Verf. geht hervor, dass die Wirkung dieser z. Th. sehr energisch auf das Zentralnervensystem einwirkenden Arzneimittel nicht auf einer primären Alteration der Gehirnzirkulation, sondern die ihnen spezifische Wirkung auf einem direkten Einfluss auf die Nervensubstanz beruht. Ein künstlich durch Arzneimittel erzielter Schlaf kann, ebenso wie ein Erregungszustand, sowohl mit einer relativen Anämie wie mit Hyperämie des Zentralorgans einhergehen. Aus dem Zustand des Gefässsystems ist ein Rückschluss auf die jeweiligen Zustände, in denen sich die spezifischen Elemente des Zentralnervensystems sich befinden, nicht zu ziehen. *Scheven.*

Kazowsky, *A. D.*, Zur Erage nach dem Zusammenhange von Träumen und Wahnvorstellungen. Neurolog. Centralblatt No. 11 und 12.

In dem mitgetheilten Falle war bei einem Individuum (16j. Schüler) mit den Anzeichen psychischer Schwäche die Wahnidee aufgetreten, einen seiner Lehrer zu ermorden, gegen den er durchaus keine Feindseligkeiten haben konnte, und zwar nach einem Traum, in dem er mit diesem Lehrer in Streit gerieth und ihn tödtete. Während diese Idee zunächst ganz den Charakter des Wahns hatte, ging sie allmählich in eine Zwangsidee über, um dann zu verschwinden. Verf. bespricht die Beziehungen zwischen Traum und Wahnidee und gelangt zu der Annahme, dass der Traum das

Material zum Aufbau einer Wahnvorstellung nicht liefern könne, dass vielmehr da, wo eine Wahnidee nach dem Auftreten eines entsprechenden Traumes sich entwickelt, beide als Ausdrücke eines und desselben psychischen Krankheitszustandes anzusehen sind. In dem vorliegenden Falle tauchte übrigens die zurückgetretene Wahnvorstellung nach einiger Zeit wieder auf und zwar von dem intensiven Gefühlston des Hasses begleitet, nachdem der Pat. in Folge schlechter Arbeiten ungenügende Zensuren von demselben Lehrer erhalten hatte. Ein Verweis lässt ihn dann zur Waffe gegen den Lehrer greifen, denselben schonungslos niederstechen. Verf. unterzieht die psychologischen Verhältnisse dieses Falles einer genauen Analyse. *Scheven.*

Friedmann, *M.*, Mannheim, Ueber Wahnideen im Völkerleben. Heft VI/VII der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens von Löwenfeld u. Kurella. J. F. Bergmann. Wiesbaden 1901.

Ausgehend von der früheren Deutung der Besessenheits-Epidemien als wahrer Geisteskrankheit bezeichnet Verf. die jetzige Deutung durch den Begriff der Suggestion. Er erwähnt dann die Genese und psychologische Natur der Suggestividee, erläutert dann die Analysirung der religiösen Vorstellungen, insbesondere bei Naturvölkern. —

Fr. theilt dann in Wahnideen im Völkerleben auf einfache suggestive Grundlage und in Wahnideen und perversen Massenbewegungen von hypnotischen und ekstatischen Zuständen begleitet.

Zur ersten Gruppe nennt Verf. die sog. Pai-Marire-Religion auf Neuseeland, die Mahdisten-Bewegung in Aegypten, die Hexenprozesse und den Hexenwahn, die Tulpenmanie in Holland, die anarchistische Bewegung, den politischen Wahn, die extrem-religiösen Secten, den Mahdismus im Sudan, die Heilsarmee.

Zur zweiten Gruppe zählt Verf. die Ekstase der Aeusserungsformen der Suggestion bei hypersensiblen Naturen und nervös überreizten Personen, die Besessenheitsepidemien in Klöstern, Waisenhäusern, die Lykanthropie nervöser Tic's (Laïa-Krankheit), die Epidemien der Theomanie, die Einwirkungen der Methodisten. —

Die höchst interessante Schrift wird als Beitrag zu den Volkskrankheiten daher empfohlen.

Conford, On bodily disease as a cause and complication of insanity. The journal of mental science. April 1900.

Verf. bespricht an der Hand von Krankengeschichten die Beziehungen zwischen körperlicher und geistiger Erkrankung. Von den körperlichen Erkrankungen führt er besonders an Herz- und Gefässkrankheiten, Krankheiten der Brust- und Bauchorgane, Phthise und Glykosurie. Er hält es

für schwierig, festzustellen, inwiefern diese Krankheiten das Irresein hervorrufen, sicher ist nur, dass sie es ungünstig beeinflussen. Manchmal wird auch die Art und Richtung des Irreseins von der körperlichen Erkrankung bestimmt. Ein an Pleuritis Erkrankter hatte die Vorstellung, die Lungen seien weg. Leber- und Magenaffektionen beim Alkoholiker führen zum Vergiftungswahn. Taube neigen zu Verfolgungsvorstellungen. Störungen des Gemeingefühls geben Anlass zum Wahn der Aenderung der Persönlichkeit. Ferner fand Verf., dass diese physisch-psychisch Erkrankten in starkem Prozentsatz belastet sind, so dass also eine körperliche Erkrankung das widerstandsschwache Gehirn leichter in Mitleidenschaft ziehen muss. *Ganter.*

Blair, Isolation and open-air treatment of the phthisical insane, with notes on seventy-four case treated. The journal of mental science. April 1900.

Vor etwa vier Jahren war in Lancaster ein Krankenhaus gebaut worden, in das die in der Irrenanstalt von akuten Infektionskrankheiten Betroffenen verbracht werden sollten. Da aber Mangel an solchen Kranken war, wurden die Tuberkulösen dorthin übergeführt. Verf. berichtet nun über die Art und das Resultat der Behandlung, die sich nach der in Lungenheilanstalten üblichen richtete. Es wurden 74 Frauen verpflegt im Alter von 20—60 Jahren. Nur drei Frauen sollen die Phthise ausserhalb der Irrenanstalt erworben haben. 5 Frauen waren psychisch und phthisisch belastet, 6 Frauen nur phthisisch und 13 Frauen nur psychisch. 21 = 28% von den Verpflegten litten an Epilepsie, während die Epilepsie nur 9% der Geisteskranken der Irrenanstalt ausmachte; 27 = 36,5% litten an Melancholie, die sonst 40% des Bestandes ausmachte; 17 = 23% an Manie, die sonst in 30% vorkam. Die Epilepsie lieferte also im Verhältniss die meisten Phthisiker, nach Ansicht des Verfassers, weil Epileptiker am schwersten zu behandeln sind. 23 Frauen wurden gebessert, 2 Frauen konnten, körperlich und geistig wiederhergestellt, entlassen werden.

Verf. glaubt, dass die Fliegen, die sich auf die Sputa niederliessen, viel zur Verbreitung der Phthise beitrugen. Auch auf die Katzen ist er nicht gut zu sprechen. Sie sollen die Sputa an ihrem Pelz herumstreichen. Verf. hat offenbar den Artikel über den Reinlichkeitssinn der Katzen in Brehm's Thierleben nicht gelesen.

Verf. weist auf die Schwierigkeit hin, bei Geisteskranken, besonders im Beginn, die Phthise zu diagnostiziren. Er verlässt sich da auf Waage und Thermometer. *Ganter.*

Weatherly, The treatment of tuberculosis in asylums. The journal of mental science. January.

Manche verlangten besondere Anstalten für die tuberkulösen Geisteskranken. Verf. schliesst sich aber der allg. Ansicht an, dass es genüge, die Tuberkulösen in den einzelnen Anstalten selbst abzusondern.

Rambaut, The method of artificial feeding advocated by Dr. Newth, followed by gangrene of the lung in two cases. The journal of mental science. January.

In einer der früheren Nummern hatte *Newth* eine Fütterungsmethode angegeben, die alle andern ersetzen sollte: Man weitet mit dem Finger eine Backe aus und giesst Flüssigkeit hinein, die dann den Schlund hinabrinnt. Nun berichtet *R.* über 2 Todesfälle bei akuter Melancholie, an denen diese Fütterungsmethode schuld war. Es fand sich Lungengangrän, offenbar herbeigeführt durch Verschlucken von Speisetheilchen. Bei dieser Gelegenheit sah *R.* seine 600 Autopsieen im Richmond-Asyl nach und fand 8mal Gangrän der Lungen als Todesursache, 2mal bei progr. Paralyse, 3mal bei Epilepsie und 3mal bei akuter Melancholie (darunter die beiden Fälle oben). *Ganter.*

Mackie, Percival, Observations on the condition of the condition of the blood in the insane, based on one hundred examinations. The journal of mental science. January.

Verf. fand bei seinen Blutuntersuchungen bei 100 männlichen Geisteskranken nur geringe Abweichungen von dem gewöhnlichen Befund bei Gesunden. Wo die Abweichungen bedeutender waren, liess sich trotzdem kein Zusammeehang zwischen der Blutveränderung und dem geistigen Zustand nachweisen, so dass keinerlei Anhaltspunkte für Diagnose, Prognose und Behandlung der betreffenden Geisteskrankheit gewonnen werden konnten. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die rothen und weissen Blutkörperchen und dem Hämoglobingehalt. Verf. bediente sich des Hämoglobinometers und Hämocytometers nach *Gowers*. Die Präparate wurden in Formalin-Alkohol fixirt und mit Methylenblau und Eosin gefärbt. *Ganter.*

Robertson, Alexander, Unilateral hallucinations; their relative frequency, associations and pathology. The journal of mental science. April.

Während einseitige Halluzinationen schon lange die Aufmerksamkeit der Forscher auf dem Kontinent erregt hatten, konnte Verf. 1874, als er bei einem Kranken einseitige Gehörshalluzinationen nachwies, nirgends in der englischen Litteratur eine Erwähnung dieser Erscheinungen finden. Darauf untersuchte er 250 Kranke und fand bei 34 deutlich nachweisbare

Illusionen oder Halluzinationen eines oder mehrerer Sinne. Von den 34 hörten 31 Stimmen. 29 hatten ausserdem Gesichtshalluzinationen. 2 litten an Geschmackstäuschungen, ein Kranker an Geruchstäuschung. Diese 3 hatten keine Gesichts- oder Gehörstäuschung. Ein Kranker hatte nur Geschmackstäuschungen, Geruch, Gesicht und Gehör waren intakt. 14 klagten noch über Empfindungsstörungen. Von den 31 Fällen mit Gehörstäuschungen hörten 5 die Stimmen nur auf dem linken Ohr, 5 auf dem linken Ohr mehr als auf dem rechten, einer hörte sie nur rechts und 2 rechts deutlicher als links. Die anderen Sinnestäuschungen waren beiderseitig. Nur einer sah die Gegenstände mit dem rechten Auge deutlicher als mit dem linken. Bei den 6 Fällen mit einseitigen Gehörshalluzinationen war in 5 Fällen der Alkohol die Ursache der Krankheit.

Seit 1874 hatte Verf. noch 15 Fälle von einseitigen Sinnestäuschungen gesammelt. Immer war der Gehörssinn daran betheiligt, und zwar in 12 Fällen links. Verf. konnte keinen reinen Fall von Gesichts-, Geschmacks- und Geruchstäuschung finden. 2 Kranke sahen die imaginären Gegenstände mehr mit dem einen als mit dem andern Auge.

Um sich das Entstehen einseitiger Sinnestäuschungen verständlicher zu machen, erinnert Verf. an einseitige Krankheitssymptome des Nervensystems überhaupt, wie sie in konvulsiven, choreatischen und paralytischen Zuständen vorkommen, z. B. bei der Hysterie.

Was die Pathologie anlangt, so sind bei den doppelseitigen Halluzinationen anatomisch bereits Veränderungen der Nerven oder Zentren gefunden worden. Also, schliesst Verf., werden solche sich auch bei den einseitigen finden, wenn auch noch keine Untersuchungsergebnisse vorliegen. Um sich das einseitign Entstehen der Sinnestäuschung zu erklären, nimmt Verf. an, dass das eine Zentrum schwächer organisirt sei als das andre, sei's schon von Geburt an, oder erst durch Krankheit bedingt. Toxische Stoffe, wie der Alkohol, werden dann vor Allem dies schwächer organisirte Zentrum angreifen. *Ganter.*

Campbell, The feelings. The journal of mental science. April 1900.

Die Gefühle sind der Grundstock, auf dem sich das ganze psychische Leben des Menschen aufbaut. Die Individualität der Menschen beruht auf der Verschiedenartigkeit ihres Fühlens. Bei jedem Menschen ändert sich die Lebhaftigkeit des Fühlens mit den Jahren, sie ist am grössten in der Pubertätszeit, um dann abzunehmen und schliesslich im Alter einem mehr indifferenten Fühlen Platz zu machen. Das Fühlen wird bestimmt durch die Körperbeschaffenheit. Körperlich gesunde und rüstige Menschen haben einen andern Gefühlston als kränkliche. Diese Körperverfassung reflektirt zum Theil wieder in der optimistischen oder pessimistischen Weltanschauung.

Bei manchen Individuen ist der Gefühlston dauernd niedergedrückt, eine Erscheinung, die bereits psycho-pathologisch ist.

Wie sehr das Fühlen die Grundlage alles geistigen Wesens ist, beweisen nach Verf. die vielen religiösen Sekten, deren Glauben lediglich auf ihrem Fühlen beruht. Ferner, wie verschieden wirken nicht die Natur- und Kunstgegenstände auf das Gemüth der einzelnen Menschen! Warum die Menschen einander nicht verstehen, rührt von der Verschiedenheit ihres Fühlens her. Auch darin hat Verf. recht, wenn er schildert, wie die Art und Richtung der Gedanken vom Fühlen bestimmt und gefärbt wird. Auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten sind es besonders Melancholie, Manie und Paralyse, deren Aeusserungen am auffälligsten den Einfluss der veränderten Stimmungslage erkennen lassen.

Die Gefühle geben auch in letzter Linie den eigentlichen Anstoss zum handeln. Allerdings im Normalzustande scheint ihre Rolle hinter der der Verstandesthätigkeit zurückzubleiben, aber die impulsiven Handlungen enthüllen den gewaltigen Einfluss des Gefühlslebens. Wie sehr immer das Gefühl im gegebenen Augenblick den entscheidenden Ausschlag giebt, geht auch daraus hervor, dass die Menschen hinterher anders handeln, als sie geredet haben, oder, wie Verf. sagt: „Sie predigen, was sie denken, sie thun, was sie fühlen.“ Auch die Geschichte zeigt, wie sehr die Massen von ihrem Fühlen, nicht von ihrem Denken bewegt werden.

Das primitivste Gefühl ist das Allgemeingefühl, die Resultante der verschiedenen Empfindungen. Verf. erörtert dessen Beziehungen zur Körperbeschaffenheit, seine Abhängigkeit von der chemischen Zusammensetzung des Blutes und der verschiedenen Körpersäfte, also auch der Nahrung und Drogen. Sie alle enthalten Reizmittel, deren Wirkung auf das Nervensystem das Allgemeingefühl und damit auch die Art des Denkens bald hebend, bald herabsetzend beeinflusst. Der Paralytiker und der Alkoholiker sind manisch erregt, weshalb der Verf. auf eine gewisse Identität der auf das Nervensystem einwirkenden Gifte, die beim Paralytiker ja durch Selbstvergiftung des Körpers entstehen sollen, schliessen zu dürfen glaubt.

Ganter.

Blair, The influence of psychoses on nervous glycosurias. The journal of mental science. October 1900.

Nervöse Zustände sind eine häufige Ursache der Glykosurie. In den Anstalten schwankt der Prozentsatz der an dieser Affektion Leidenden zwischen 2 und 5 %. Der Prozentsatz der Gesunden beträgt nach verschiedenen Untersuchern 14, 15 und 18 %. Das Symptom findet sich häufiger unter den höheren als unter den niedereren Klassen der Bevölkerung, und bei Männern wieder häufiger als bei Frauen. Die Glykosurie kann bedingt sein durch organische Läsion des Gehirn-Rückenmarks und

des Sympathikus, kann aber auch bloss funktionelle Störungen des Nervensystems begleiten. Nervöse und leicht erregbare Individuen sind ihr mehr unterworfen als kalte Individuen. Selbst die Nervosität der Eltern schafft eine gewisse Prädisposition der Nachkommen für die Glykosurie. Verf. bringt einen Fall von Manie und Melancholie, in denen er Zucker im Urin fand. Der Zucker verschwand wieder beim Beginn der Genesung. Ein andrer Untersucher fand unter 114 Fällen frischer Melancholie 11 Fälle mit Zucker, dagegen unter 82 Fällen frischer Manie keinen. Verf. glaubt, dass in den Aufregungszuständen der Zucker durch die Muskelthätigkeit vollständig verbrannt werde, was allerdings mit der Thatsache nicht übereinstimmt, dass nach grossen Marschleistungen bei Soldaten gerade Zucker im Urin gefunden wurde. Aber auch bei Epileptikern vor und nach dem Anfall konnte Verf. keinen Zucker nachweisen.

Durch Thyreoid-Fütterungen konnte Verf. keine Glykosurie erzeugen. Er meint, dass, wenn dies bei andern Untersuchern der Fall war, die Glykosurie wahrscheinlich alimentär oder durch die subkutane Injektion des Präparates bedingt gewesen sei. *Ganter.*

Savage, The use and abuse of travel in the treatment of mental disorders. The journal of mental science. April.

Verf. wendet sich gegen das Verfahren vieler Aerzte, ohne Unterschied alle nervenkranken Personen und solche, die auf der Grenze des Irreseins stehen, oder sie gar schon überschritten haben, auf Reisen zu schicken. Dies geschieht nach Verf. hauptsächlich aus 3 Gründen: Man will einen lästigen und querulirenden Kranken los werden. Wenn es sich um Geisteskranke handelt, will man die Einmischung der Behörde vermeiden. Schliesslich sieht der Arzt in der Reise ein Heilmittel. Wo es sich im letzten Fall um körperlich Kranke handelt, bei denen sich sekundär eine Gemüthsdepression entwickelt hat, oder vielleicht sonst eine Geistesstörung sich entwickeln könnte, da empfiehlt Verf. das Reisen. Ebenso da, wo die Depression Folge von unglücklicher Liebe, Misshelligkeiten im Geschäft und dergl. ist.[1]) Er verwirft aber das Reisen absolut, wo man es bereits mit einer wirklichen Geisteskrankheit zu thun hat, wie Melancholie und Paralyse, Fälle, die am liebsten auf Reisen geschickt werden. Dagegen möchte Verf. Paralytiker im Remissionsstadium, wenn auch nicht gerade auf Reisen, so doch an einen stillen, ruhigen, abseits von dem lärmenden Getriebe gelegenen Ort schicken. *Ganter.*

---

[1]) Hierher gehören auch die leichteren Fälle von Willensschwäche, Unentschlossenheit, Zweifelsucht und das grosse Gebiet der nervösen Erschöpfung. Dann die Fälle der Rekonvaleszenz.

Schermers, D., Familienverpflegung. Psychiatr. und Neurolog. Bladen 2.

In Holland ist die Familienverpflegung von Geisteskranken in ausgedehnterem Masse lediglich in der Anstalt Veldwijk zu Ermelo eingerichtet. Die Kranken sind bei Einwohnern des Dorfes unter Verantwortlichkeit und Aufsicht der Anstalt untergebracht, besonders bei solchen, die früher mit der Anstalt in irgend welcher Verbindung gestanden. In der letzten Zeit ist die Familienpflege durch die Regierung geregelt bei denjenigen Kranken, welche auf Kosten des Reiches unterhalten werden. Nur solche Kranke können für die Familienpflege in Betracht kommen, die wenigstens drei Monate in einer Reichsanstalt verpflegt worden sind. In der Anstalt muss stets für den zehnten Theil der in Familienpflege Befindlichen Platz vorhanden sein, so dass eine sofortige Rücknahme der Kranken in die Anstalt jederzeit möglich ist. Dass dem Kranken, der völlig als Glied der Familie gilt, eine sachverständige Behandlung zu theil werden muss, versteht sich von selbst. Der Kranke wird täglich von einem Beamten der Anstalt besucht zu verschiedenen Zeiten. Einmal in der Woche besucht der Direktor oder einer der Aerzte den Kranken; diese Besuche werden registrirt.

Auch für solche bedürftige Kranke, die auf Kosten von Gemeinden unterhalten werden, giebt die Regierung einen Zuschuss, wenn die Familienpflege ärztlicherseits empfohlen wird. Dergleichen Kranke müssen aber wenigstens ½ Jahr in einer Irren- oder Idiotenanstalt gewesen sein, und nur für den zehnten Theil der Gesammtzahl der Familienpfleglinge wird der Reichszuschuss geleistet. Die Auswahl der Pflegefamilien, sowie die Räume, welche die Kranken bewohnen sollen, müssen von der Aufsichtsbehörde der Irrenanstalten genehmigt werden. *Serger.*

van Dale, J. H. A., Veldwijks-Familienpflege. Psychiatr. und Neurolog. Bladen 2.

Die Eröffnung der nach modernen Grundsätzen gebauten Anstalt Veldwijk erfolgte am 28. Januar 1886. Die schnelle Vergrösserung der Anstalt, sowie die verschiedensten Schwierigkeiten, mit welchen die Anstalt zu kämpfen hatte, liessen naturgemäss die familiale Verpflegung der Geisteskranken, die bei dem Bau der Anstalt bereits in Aussicht genommen war, etwas in den Hintergrund treten. Erst im Jahre 1895 gewann diese Art der Behandlung eine weitere Ausdehnung und es konnten 17 Kranke in Familienpflege gegeben werden. Seit dieser Zeit ist die Anzahl der Familienpfleglinge langsam gestiegen; im Jahre 1900 sind 44 Kranke in der Familie verpflegt worden und zwar 7 erstklassige, 25 zweitklassige, 12 drittklassige: 2 Kranke konnten genesen, eine Kranke gebessert entlassen werden. Die Erfahrungen, die mit den einzelnen Formen der Erkrankungen gemacht, werden besonders mitgetheilt. Am Ende des Jahres 1900 befanden sich

noch 33 Kranke in Familienpflege, 14 M. und 19 Fr. — Von den Männern litten an: Imbecillität 4, Paranoia 5, Dementia 2, Insania epileptica 2, Insania periodica 1; von den Frauen an Imbecillität 10, Paranoia 3, Dementia 1, Insania neurotica 1, melancholia 1, Rekonvaleszentin von Amentia war eine Patientin, ausserdem 2 Nervenkranke, welche überhaupt nicht in der geschlossenen Anstalt behandelt waren. Am längsten — seit 1891 — befindet sich eine Patientin in Familienpflege. Die Kranken werden theils in der Anstalt, theils bei ihren Kostgebern beschäftigt, und nehmen am Gottesdienst und den geselligen Veranstaltungen in der Anstalt theil. Von 26 Familien, bei welchen die Kranken untergebracht sind, sind 17 Beamte der Anstalt, während die übrigen 9 keine Beamten der Anstalt sind, aber doch in näherer Beziehung mit derselben stehen. Die Unterbringung der Kranken in den Familien geschieht auf verschiedene Weise: 1. Die Anstalt hat zwei Landhäuser gekauft und eingerichtet und in dieselben eine Familie gesetzt, welche die Aufsicht über die Kranken ausübt. 2. In den meisten Fällen lebt der Kranke das Leben der Familie mit. 3. In einigen Fällen ist der Kranke einfacher Pensionär der Familie und lebt für sich. 4. In einzelnen Fällen hat sich die Familie des Kranken in der Nähe der Anstalt eingemiethet und den Kranken zu sich genommen. Das Ziel, das mit der Familienpflege erreicht werden soll, ist gleichfalls ein verschiedenes; theils wird sie angesehen als ein Uebergang für Rekonvaleszenten vor der endgültigen Entlassung, theils dient sie lediglich dazu, dem Kranken das Leben etwas angenehmer zu gestalten, theils soll sie eine Probe sein, ob ein in der Anstalt schwierig zu behandelnder Kranker unter anderen Verhältnissen leichter zu lenken ist und theils soll dem Kranken einfach ein neues Heim geschaffen werden. — Das Ergebniss seiner Erfahrungen spricht Verf. in dem Satze aus, dass die Familienpflege der Geisteskranken als ein integrirender Theil der Behandlung angesehen werden muss, der ohne Schaden der Kranken nicht mehr gemisst werden kann.

Der einzige Vorwurf, welchen man der Familienpflege machen könnte, dass sie die ruhigen, zufriedenen und geselligen Elemente der geschlossenen Anstalt entführt, ist nicht stichhaltig, wie Verf. des nähern nachweist.

Serger.

Peeters, Le patronage familial en Holland. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Mars. No. 100.

Verf. berichtet über die guten Erfahrungen, die man in Holland an der Anstalt von Veldwijk mit der Familienpflege gemacht hat; diese liegt im Interesse der Kranken und hebt zugleich den Wohlstand der Bevölkerung. 1900 waren 44 Kranke (20 M., 14 Fr.) so versorgt. Finanzielle Unterstützung durch das Ministerium des Innern lässt eine weitere Ausdehnung der Familienpflege erhoffen.

Peeters, Le patronage familial en Écosse. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Juin. No. 101.

Schilderung des schottischen Irrenwesens mit besonderer Berücksichtigung der Familienpflege. Am 1. Januar 1900 waren 1683 Kranke derart untergebracht. Die Sterblichkeit der in Familienpflege lebenden Kranken ist gering, ebenso die Zahl der Unglücksfälle. Die Kranken werden durch einen Arzt und unabhängig von diesem noch durch einen Armenaufseher revidirt.

Wie ein auszugsweise mitgetheilter Bericht hervorhebt, können 25 bis 33 % aller Geisteskranken in Familienpflege untergebracht werden. 3,4 % mussten der Anstalt aus der Familienpflege wieder zugeführt werden, weil sie sich hierfür nicht eigneten. Die Kranken sind mit ihrer Verpflegung durchaus zufrieden und haben kein Verlangen, in die Anstalt zurückzukehren.

Bajénolt, Le patronage familial des aliénés en Russie. Lettre adressée au docteur *Peeters*. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Sept. 1900. No. 98.

Die Familienpflege in Russland begann mit dem Jahre 1886. Verf. gründete eine kleine Kolonie von 10 Kranken, 2 km von der Anstalt entfernt. Trotz aller guten Erfolge, trotz eines sehr anerkennenden Kommissionsberichtes wurde die Kolonie nach einem Jahre wieder aufgehoben, mehr aus politischen und parteilichen Gründen.

1887 vermochten *Korsakoff* und Verf. auf dem ersten und bisher einzigen Kongresse russischer Irrenärzte nicht das Interesse für Familienpflege zu erwecken; man stand ihr zu skeptisch gegenüber.

Seit kurzem macht sich eine günstigere Strömung geltend. Nahe einer noch zu erbauenden Anstalt sind 20 Pfleglinge in Familien untergebracht; deren Zahl soll auf 20 % der Anstaltsinsassen erhöht werden. Nahe bei Moskau sind 50 Kranke in Familienpflege; in der Provinz Nijni-Nowgorod befinden sich nach dem ersten Bericht 30 Kranke in Familienpflege.

Bemerkenswerth ist noch des Verf. Mittheilung, dass er zufällig auf ein russisches Gheel in Joeno-Kowtzi an der österreichischen Grenze aufmerksam gemacht wurde.

Urquhart, On the favourable results of transference of insane patients from one asylum to another. The journal of mental science. October.

Verf. behauptet, dass der Wechsel der Anstalt einen günstigen Einfluss auf die Geisteskranken ausübe. Variatio delectat. Namentlich seien es die chronischen und oft recht störenden Fälle, die, wenn sie aus der einen

Anstalt, wo sie ihre ganze Umgebung in ihr Wahngebilde verstrickt hätten, in eine andere versetzt würden, diesen günstigen Einfluss des Ortswechsels erkennen liessen. Verf. hat sogar gefunden, dass solche Kranken bei sonst gleicher Diät an Gewicht zunehmen. *Ganter.*

John Keay, The care of the insane in asylums during the night. The journal of mental science. October.

Verf. hält nachts einen Wachsaal für nothwendig für die frischen akuten Fälle, für Epileptiker, störende, erregte Kranke und solche mit Selbstmordneigung. Die ruhigen Kranken brauchen keine sie regelmässig kontrollirende Wache. Bei manchen erklärt er es für nöthig, dass die Nachtwache etwa zweimal nach ihnen sieht. Die Nachtwache soll nicht dem Pflegepersonal ganz überlassen werden, vielmehr soll für die ganze Anstalt noch besonders eine geprüfte Oberpflegeriu angestellt werden, deren Aufgabe es ist, nachts sämmtliche Abtheilungen, soweit erforderlich, zu überwachen und zu revidiren. Die Kontrolluhren hält er für ein Spielzeug, da sie über das Verhalten des wachhabenden Personals keine Auskunft gäben. So hat Verf. bei unvermutheten nächtlichen Revisionen manche Unregelmässigkeiten entdeckt. Ferner findet er es verwerflich, das Personal auf demselben Saal wie die Kranken, oder in anstossenden Kabinetten schlafen zu lassen, da es zwecklos sei und das durch des Tages Arbeit müde Personal der ungestörten Ruhe bedürfe[1]).

Zur Pflege auf der Krankenstation der männlichen Abtheilungen verlangt Verf. geprüfte Pflegerinnen.

Diese Einrichtungen sind in der Anstalt zu Larbert unter Dr. *Robertson* bereits eingeführt. Verf. erstrebt sie auch für die Anstalt zu Inverness, wo er Direktor ist. *Ganter.*

S. Schulze-Jena, Gynäkologie in Irrenhäusern. Monatsschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. Bd. XV.

Verf., der schon vor einer Reihe von Jahren auf die Bedeutung der Gynäkologie zur Entstehung von Geisteskrankheiten aufmerksam gemacht hatte, theilt die Ergebnisse operativer Eingriffe des Dr. *T. Hobbs*, Dir. des Asylum for insane zu London, Vet., mit. Während 6 Jahren hat er 1000 Frauen in Narkose untersucht. Erkrankung der Ovarien fand sich bei 41 mit durchschnittlich 18monatliger Dauer der Psychose. Bei 7 ward

[1]) Ein sehr vernünftiger Standpunkt. Man scheint in England überhaupt mehr Rücksicht auf das Personal zu nehmen als bei uns. Bei uns versucht man dieses für das Personal gefährliche Gemeinsamschlafen mit allerlei sophistischen psychiatrischen Motiven zu rechtfertigen, während der wahre Grund doch nur in der Knickrigkeit liegt: Man will „sparen“.

der Uterus nebst Ovarien entfernt, bei 25 Oophorektomie, bei 9 partielle Resektion an den Ovarien. 2 Todesfälle an Pneumonie am 7. u. 8. Tage. Bei den 41 Frauen war akute Manie in 11 Fällen, wovon 5 genasen, chron. Manie in 23, wovon 9 genasen, epil. Manie in 2 ohne Genesung, Fol. circ. bei 2, wovon 1 genas, Psychoroma bei 1, die genas, akute Melancholie bei 3, wovon 2 genasen. Genesen innerhalb 3—12 Mon.; ausserdem 10 von den 41 deutlich gebessert. Lageveränderungen des Uterus waren bei 66, deren Geistesstörung durchschnittlich 22 Mon. betrug, 54 mal wurden die lig. rotunda gekürzt, 7 mal Ventrifixur gemacht, 7 mal Totalexstirpationen. 1 Frau riss sich die Ligaturen ab, die andre ging nach 2 Mon. zu Grunde; bei 20 war akute Manie, davon genasen 15, bei 22 chronische, davon genasen 3, bei 1 epil. Manie, die nicht genas, bei 7 puerperale Manie, wovon 4 genasen, bei 9 akute Melanch., wovon 5 genasen, bei 1 chron. Melanch. ohne Genesung, 15 wurden nach der operativen Korrektur der Uteruslage physisch erheblich gebessert.

Von 16 mit Tumoren des Uterus, bei denen theils abdominale, theils vaginale Hysterektomie, theils Myomenukleationen gemacht wurden, starb 1 am 3. Tage, die anderen genasen körperlich, geistig genasen 2, die vor der Operation 3 Jahre lang maniakalisch gewesen, 6 waren geistig gebessert.

Verletzung oder Erkrankung der Cervix uteri bei 60 Frauen, durchschnittlich 15 Mon. geisteskrank, 17 mit akuter Manie, wovon 12, 30 mit chron. Manie, wovon 5, 3 mit puerperaler Manie, wovon 0, mit epil. Manie, wovon 0, 2 mit Folie circulaire, wovon 0, 3 mit chron. Mel., wovon 1, 4 mit akuter Mel., wovon 0 genasen. Ausser den 18 Genesungen 14 Besserungen.

Subinvolution des Uterus, verschiedenartige Endometritis, etwa bei 52 Patienten, wogegen wesentlich Currettage. Bei 23 ak. Manie, wovon 14, chron. Manie bei 15, wovon 1, puerperale Manie bei 3, wovon 2, ak. Melanch. bei 5, wovon 3, chron. Mel. bei 4, wovon 3, puerperale Mel. bei 2, wovon 2 genasen mit 10 monat. Geisteskrankheit. Ausser den 25 Genesenen 11 Besserungen.

Dammrisse bei 18; leibl. Besserung schnell, 7 mit 9 monat. Mel. oder Manie genasen. Bei 3, deren geistige Umnachtung über 9 Jahre dauerte, trat Besserung ein. Von den 253 Operirten sind 5 gestorben, 100 von ihrer Psychose genesen, 59 gebessert.

Verf. plädirt dafür, dass in jeder Irrenanstalt ein fertiger gynäkol. Assistent angestellt werde. *L.*

Pons, Du sécret dans les asiles publics d'aliénés. Annal. méd.-psychol. 1900 de janvier-février ff.

P. beschäftigt sich hier ausführlich mit einer Frage, welche zur Zeit in Deutschland die Aerzte im Allgemeinen lebhaft interessirt, nämlich mit

dem Berufsgeheimniss unseres Standes. *P.* glaubt, der Psychiater müsse dasselbe sehr streng beachten. Er redet dann von den Mittheilungen über Kranke an dritte Personen, über Briefgeheimniss, Korrespondenz, Besuche der Kranken in der Anstalt und dergleichen praktische Fragen. Im Ganzen ist der Standpunkt des Verf. sehr engherzig. Er will womöglich ganz verschwiegen haben, dass Jemand in der Anstalt ist, will z. B. verschweigen, wenn eine ledige Kranke in Wochen kommt! Der Besucher soll möglichst wenig von der Anstalt zu sehen bekommen. Besuch des Gottesdienstes, Theilnahme an Anstaltsfestlichkeiten sei für Fremde, nicht Kranke, zu verbieten. Auch dürfen Kranke die Spaziergänge nur dort machen, wo Niemand sie sieht! Man kann kaum annehmen, dass *Pons* nicht in seinem eigenen Vaterlande Widerspruch finden wird; Irrenhäuser sind schliesslich Krankenhäuser, keine Klöster oder Gefängnisse.

Ritti, Éloge du Dr. *E. Billod.* Annal. méd.-psych. 1900. Juillet-Août.

Auf die Biographie von *Ernst Billod* sei hier nur kurz hingewiesen. Der im Jahre 1886 im Alter von 67 Jahren Verstorbene galt seiner Zeit für einen der ersten Irrenärzte Frankreichs. Die Behandlung *Rittis* giebt ein interessantes Bild von der Entwicklung der Irrenpflege damaliger Zeit, namentlich auch von den Kämpfen der Irrenärzte mit den Verwaltungsbeamten. *Billod* war ausserdem ein sehr vielseitiger Schriftsteller.

Anton, Theodor Meynert. Psychiatr. Wochenschr. No. 12.

Auf die Rede *Antons*, gehalten bei der Enthüllung des Meynert-Denkmals in den Arkaden der Wiener Universität, modellirt von Theodor Khuen, sei nur kurz aufmerksam gemacht. *Anton* versucht es, ein Bild von dem Wirken und Schaffen des grossen Psychiaters zu entwerfen. Namentlich sind die Angaben über die Herkunft und die geistig vornehme Umgebung *Meynerts* von hohem Interesse. *Anton* nennt seine Schilderung *Meynerts* klein und dürftig im Vergleich zur Riesenarbeit seines Lebens.

von Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Aerzte und Juristen. Elfte verbesserte und stark vermehrte Auflage. Ferdinand Enke. Stuttgart 1901.

Wir haben an dieser Stelle die früheren Auflagen des *Krafft-Ebing*schen Werkes wiederholt eingehend besprochen. Vorliegende elfte Ausgabe des bedeutsamen Buches ist wesentlich erweitert durch neue Beobachtungen. — Verf. betont auch hier wieder präcis seinen Standpunkt hinsichtlich der conträren Sexualempfindung und der Rechtsanschauung.

Schlöss, *Heinrich*, Leitfaden zum Unterricht für das Pflege-Personal an öffentlichen Irrenanstalten. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig. Franz Deutike. 1901.

Wie wir bereits bei Besprechung der ersten Auflage hervorhoben, empfiehlt sich der vorliegende Leitfaden sehr zum Unterricht für das Pflegepersonal wie zum Selbststudium für das Personal. In kurzer und verständlicher Form bringt Verf. alles für das Personal Nothwendige und Wissenswerthe.

Wesener-Aachen und *von Vogl*-München, Ueber Kneipp und sein Heilverfahren. Aus „Psychiatrische Tagesfragen“ von Dr. *A. Baumgarten*. Wörishofen 1901.

Bei Gelegenheit der 8. General-Versammlung des internationalen Vereins Kneipp'scher Aerzte in München im Februar 1901 trat *W.* mit einer abfälligen Kritik des Kneipp-Verfahrens auf, ebenso *v. V.*

Baumgarten versucht die Angriffe zu widerlegen und betont die Nothwendigkeit der Berücksichtigung der Hydrotherapie auf den Universitäten.

Baumgarten, *Alfred*, Ein Fortschritt des Wasserheilverfahrens. Untersuchung und Kritik der Systeme Priessnitz und Kneipp. Wörishofen 1901. 456 S. und eine Tabelle. Preis 5 M.

Nach ausführlicher Würdigung der Bestrebungen von Priessnitz behandelte Verf. die Thätigkeit und Erfolge der Methode Kneipp. Verf. versucht den Nachweis zu liefern für die vollständige Selbständigkeit der Arbeit Kneipp's. Selbstverständlich tritt Verf. voll und ganz für das Kneipp-Verfahren ein. Nicht zu leugnen ist der Werth des Buches für die geschichtliche Entwicklung des Wasserheilverfahrens.

Buchholz, Ueber die künstliche Ernährung abstinirender Geisteskranker. Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie S. 289.

Es wird über den weiteren Verlauf und Sektionsbefund eines Falles berichtet, den *Klein* früher in derselben Zeitschrift veröffentlicht hat. Es war gelungen, durch reichlichen Zusatz von Fett und von Citronensaft die bereits auftretenden Zeichen von Skorbut zum Verschwinden zu bringen. Die Kranke starb an Erysipel.

Rothmann, Ueber die funktionelle Bedeutung der Pyramidenbahn. Berliner klin. Wochenschr. No. 21.

Nach Zerstörung beider Pyramidenbahnen in der Kreuzung beim Hunde konnten die Thiere bereits nach 2 Tagen wieder umherlaufen, zeigten aber

Schwäche und Ataxie der Extremitäten, die nach 2 bis 3 Wochen kaum noch zu konstatiren war. Der Reflex bei Berührung des Fussrückens, der bei der Exstirpation der Extremitätenregion stets erloschen ist, war anfangs schwer oder garnicht, nach 4 bis 5 Tagen aber vollkommen deutlich auszulösen. Die elektrische Reizung der Extremitätenregion der Grosshirnrinde verursachte Bewegungen der gekreuzten Extremitäten, auch Zehenbewegungen, ebenso wie bei unverletzter Pyramidenbahn.

Die Leitungsbahn, welche nach Ausschaltung der Pyramidenbahn die bisher dieser zugesprochenen Funktionen übernimmt, ist hauptsächlich das Monakow'sche Bündel. Werden sowohl Pyramidenbahn als auch Monakow-sches Bündel zerstört, so zeigen sich beim Hunde dieselben Ausfallserscheinungen, die nach Exstirpation der Extremitätenregion der Hirnrinde auftreten: Fehlen des Berührungsreflexes und Ausschaltung der gekreuzten elektrischen Erregbarkeit, zugleich aber starker Spasmus in der Extensoren-Muskulatur der betreffenden Extremitäten.

Ein Affe, dem die Pyramidenkreuzung zerstört wurde, verlor zunächst rechts die Fähigkeit, seine Glieder zu isolirten Bewegungen zu verwenden, während er links nur sehr ungeschickt beim Greifen war. Nach 4 Wochen war die Beweglichkeit soweit wiederhergestellt, dass er auch rechts sicher greifen konnte, wenn er auch die linke Hand noch bevorzugte.

Beim Menschen scheint der Einfluss des Grosshirns ein weit grösserer zu sein, als bei allen Thieren. Doch weisen neuere Beobachtungen bei Hemiplegien (*Wernicke*, *Mann*, *Moses*) darauf hin, dass auch beim Menschen die Pyramidenbahn durchaus nicht der einzige Leiter der motorischen Impulse ist. Eine der Pyramidenbahn allein zukommende Funktion ist bisher mit Sicherheit nicht bekannt. Die Pyramidenbahn fehlt noch den Vögeln, verläuft bei den niedersten Säugethieren in den Hintersträngen, bei den höheren in den Seitensträngen, und beim Menschen in stärkster Ausbreitung in den Seiten- und Vordersträngen. Es zeigt sich also die Erscheinung, dass mit höherer Entwicklung der Thiere das Grosshirn immer mehr die Leitung der Bewegungen übernimmt und die Centren des Zwischen- und Mittelhirns unter seine Abhängigkeit zwingt.

Carlos F. MacDonald, The Trial, Execution, Autopsy and mental Status of Leon F. Czolgosz alias Fred Niemann, the assassin of President McKinley. American Journal of Insanity, Vol. LVIII, No. 3.

Verf. bespricht zunächst ausführlich die Verhandlungen sowie die Hinrichtung des Mörders des Präsidenten MacKinley, auf die nicht näher eingegangen werden kann. Eine genaue Beobachtung des Geisteszustandes liess bei dem Mörder irgendwelche Abweichungen von dem normalen Verhalten nicht erkennen. Auch die von *Spitzka* ausgeführte und näher beschriebene Obduktion der Leiche des Mörders zeigte in jeder Beziehung

normale Verhältnisse. Bemerkenswerth ist vielleicht das Vorkommen kleiner Blutungen am Boden des IV. Ventrikels bei Individuen, die mittels Elektrizität hingerichtet wurden. *Behr*-Lüneburg.

Tuttle, *George T.*, Hallucinations and Illusions. American Journal of Insanity, January 1902, Vol. LVIII, No. 3.

Verf. bespricht zunächst den Unterschied zwischen Halluzination und Illusion; er ist der Ansicht, dass die letzteren viel häufiger sind, als im Allgemeinen angenommen wird. Er geht dann weiter auf die verschiedenen Arten der Halluzinationen ein, betont bei der Besprechung der Gehörshalluzinationen besonders die Wichtigkeit und Häufigkeit des Gedankenlautwerdens und der autochthonen Ideen, die er besonders bei der Dementia praecox gefunden hat. Bei der Besprechung der Gesichtshalluzinationen glaubt er neben den Halluzinationen psychischen Ursprungs auch solche annehmen zu müssen, die von den Patienten selbst gewissermassen freiwillig geschaffen wurden, an die sie sich dann allmählich völlig gewöhnen. Er führt verschiedene Beispiele für diese durch Autosuggestion entstandenen Halluzinationen an. Weiter wird abgesehen von den Halluzinationen bei Vergiftungen durch Alkohol, Aether, Chloroform u. dergl. auch aufmerksam gemacht auf Vergiftungserscheinungen in Folge übermässigen Gebrauchs von Narkotika, wie Sulfonal und Chloralhydrat. Sie sollen mit lebhaften Halluzinationen einhergehenden Erregungszustand veranlassen, der ähnlich dem Delirium tremens verläuft. Auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. *Behr*-Lüneburg.

White, *William Charles*, A case of idiopathic internal unilateral Hydrocephalus with recurrent hemiplegie attacks. American Journal of Insanity 1902, Vol. LVIII, No. 3.

Verf. beschreibt einen Fall von halbseitigen idiopathisch entstandenen Hydrocephalus internus, der mit wiederholten auftretenden hemiplegischen Anfällen verlief.

Es handelte sich um eine an sekundärer Demenz nach periodischer Manie leidende, 74 Jahre alte Frau. Körperlich bis dahin gesund, erlitt sie im November 1900 eine Hemiplegie, die in 4—5 Tagen zurückging. Nähere Angaben fehlen. Im Januar 1901 wiederholte sich der Anfall, alle Erscheinungen verschwinden wieder nach etwa 3 Tagen. Einige Tage darauf erneuter Anfall mit völliger Aphasie, doch ohne sonstige Lähmungserscheinungen, Reflexe sämmtlich normal. Erst am andern Tage treten die Erscheinungen einer rechtsseitigen Hemiplegie auf, die sich unter zunehmender Bewusstlosigkeit im Laufe des Tages steigerte. Daneben bestand Hemianaesthesie. In den nächsten Tagen gingen die Erscheinungen mehr zurück, am dritten Tage kehrten sie in verstärktem Masse wieder und

hielten nun bis zum Tode der Kranken, der durch eine schwere dyssenterische Erkrankung des Darms beschleunigt wurde, unverändert an.

Die Sektion ergab einmal eine nicht unerhebliche Atrophie der rechten oberen und unteren Extremität, ferner arteriosklerotische Schrumpfnieren, alte tuberkulöse Herde in den Lungen, frische Geschwüre im Darm und eine allgemeine Atheromatose der Gefässe.

Bei der Entfernung der Dura über dem linken Parietallappen ergoss sich eine grosse Menge klarer, gelber Flüssigkeit aus einer Oeffnung, die im direkten Zusammenhang mit dem linken Seitenventrikel stand. Die Gehirnwindungen waren links völlig abgeplattet, rechts dagegen waren sie gut ausgebildet, wenn auch atrophisch. Im linken Temporallappen fand sich im Unterhorn eine 7½ cm lange Spalte, deren Wand theilweise nur vom Ventrikelependym gebildet war. Die linke Vena magna Gallin. hatte einen bedeutend geringeren Durchmesser wie die rechte, dagegen zeigte der linke Plexus choroideus den doppelten Umfang wie rechts und fühlte sich in Folge Einlagerung dunkel gefärbter Massen derb an. Sonst waren links sowohl wie rechts abnorme Veränderungen nicht nachweisbar, vor Allem waren das For. Monroi, der Aquaeduct und das For. Magendii durchgängig.

Die mikroskopische Untersuchung stellte das Vorhandensein zahlreicher Kalkkonkretionen verschiedener Herkunft im linken Plexus fest, die zu einer starken Verdickung der Gefässwände und theilweise zur Obliteration der Gefässe geführt hatten. Verf. nimmt an, dass der Hydrocephalus bedingt sei durch diese Kalkkonkretionen im linken Plexus, die den Abfluss des venösen Blutes gehindert hätten, wodurch der Blutdruck in den Arterien gesteigert sei. Die Halbseitigkeit der Affektion ist seiner Meinung nach veranlasst, dass durch die Flüssigkeitsansammlung im linken Seitenventrikel der Thalamus opticus links gegen den vorderen Schenkel des Fornix gedrängt und in Folge dessen das Foramen Monroi verschlossen wurde. Bezüglich der Einzelheiten des Falles muss auf das Original verwiesen werden.

Behr-Lüneburg.

Melorn, *Alfred*, Hallucinations: Their origin, varities, occurrence and differentiation. American Journal of Insanity, January, Vol. LVII, No. 3.

Verf. fasst seinen Vortrag über den Ursprung, die verschiedenen Formen, das Vorkommen der Halluzinationen dahin zusammen: Die Halluzinationen sind nicht etwas Neues, sondern sie entstammen augenblicklich vorhandenen oder latenten Erinnerungsbildern, er unterscheidet sie darnach in begleitende und spontan entstehende Halluzinationen. Sie verdanken ihr Entstehen nicht einem äusseren Reiz, sondern sind centralen Ursprungs. Sie können gleichzeitig einen oder mehrere Sinne befallen, ihr Einfluss auf das Denken und Handeln des Kranken hängt von dem Inhalt ab und der Wichtigkeit,

die der Kranke ihnen zuschreibt. Sie sind meist toxischen Ursprungs, begleiten auch oft die funktionellen Neurosen. Bei den konkomittirenden Halluzinationen wird auf die Häufigkeit des „Gedankenlautwerdens“ hingewiesen, ebenso wird die Wichtigkeit der Erkrankung der peripheren Sinnesorgane für die Entstehung der Halluzinationen entsprechend betont.

Behr-Lüneburg.

Dunton, *Wm. Rush*, Experience with Chloretone. American Journal of Insanity. July.

Vortr. hat bei 20 Patienten des Sheppard Hospital Versuche mit einem in Amerika gebräuchlichen Hypnoticum, Chloretone, gemacht, hat aber im Gegensatz zu den von anderer Seite gemachten Beobachtungen recht schlechte Erfahrungen gemacht. Bei 11 Fällen sah er gar keinen Erfolg oder sie waren so geringfügig, dass zu anderen Hypnoticis gegriffen werden musste. Bei den übrigen Kranken traten durchweg schwere Erscheinungen auf, sie fühlten sich sehr matt, ausserdem wurde Albuminose nachgewiesen, die nach Annahme des Vortr. auf die ungünstige Einwirkung des Cloretone auf das Herz zurückgeführt werden muss. Vortr. warnt vor dem Gebrauch dieses Hypnoticum. *Behr*-Lüneburg.

Simpson, *Francis O.*, Some points in the treatment of the chronic insane. American Journal of Insanity, April.

Verf. bespricht die Behandlung der chronischen Geisteskranken und zwar vom hygienischen, diätetischen und medikamentösen Standpunkte aus, bringt aber Nichts was besonders bemerkenswerth wäre. *Behr*-Lüneburg.

Moulton, *A. R.*, Death of an insane man from fracture of skull and hemorrhage of the brain; skull abnormally thin. American Journal of Insanity, April.

Eine kurze Mittheilung über einen Fall von Schädelfraktur und Gehirnblutung bei einem Geisteskranken, dessen Schädel abnorm dünn war. Besonders in der hinteren Schädelgrube, in den seitlichen Theilen, in der Gegend des äusseren Gehörganges war der Knochen derartig dünn und zerbrechlich, dass man ihn bequem mit dem Finger durchbohren konnte.

Behr-Lüneburg.

Harrington, *H.*, *and Worcester*, *W. L.*, Cerebral Hemiatrophy in an Adult, with Hemiplegia and Aphasia. American Journal of Insanity, July.

Vortr. berichten über einen Fall von halbseitiger Gehirnatrophie, die sich klinisch durch rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie äusserte. Es

handelte sich um eine erblich schwer belastete Frau, die zum ersten Male in ihrem 24. Lebensjahr unter den Erscheinungen einer circulären Psychose mit vielfachen katatonischen Symptomen erkrankt war. Nach 24 Jahren wiederholte sich die Psychose unter den gleichen Erscheinungen. Es traten weiter Anfälle auf, in deren Gefolge sich eine völlige Lähmung der rechten Körperhälfte und ausgesprochene Aphasie entwickelte. Die Anfälle wiederholten sich häufig und führten schliesslich auch den Tod herbei. In der Zwischenzeit zwischen den beiden psychischen Erkrankungen sind Anfälle epileptischer Art niemals beobachtet, ebenso fehlten alle Erscheinungen, die für Paralyse sprechen konnten.

Die Sektion ergab eine ausgesprochene Atrophie der ganzen linken Grosshirnhemisphäre, die besonders deutlich im Frontal- und Temporallappen hervortrat. Die rechte Hemisphäre wog 445, die linke nur 342 gr. Weiter fand sich eine ausgesprochene Atrophie der rechten Kleinhirnhemisphäre. Die Rinde der linken Hemisphäre, die sehr bröcklig war, zeigte auch mikroskopisch eine deutliche Atrophie mit Schwund und Atrophie der Nervenzellen. Das gleiche Bild bot die betreffende Kleinhirnhemisphäre. Sonst waren irgendwelche Herderkrankungen nirgends nachweisbar.

Vortr. führen die Hemiplegie auf die Veränderungen in der linken Hemisphäre zurück. Eine bestimmte Erklärung über den Zusammenhang der klinischen Erscheinungen mit den pathologischen Veränderungen, weiter über die Natur des pathologischen Prozesses geben Vortr. nicht.

Behr-Lüneburg.

Woodruff, Chas E., An anthropological study of the small brain of civilized man and its evolution. American Journal of Insanity, July.

Eine sehr ausführliche anthropologische Abhandlung über das Gehirn des zivilisirten Menschen und seine Entwicklung, auf die näher einzugehen jedoch den Rahmen eines Referats überschreiten würde. *Behr*-Lüneburg.

Lomonaco und *van Rynberk*, Untersuchungen über die Funktion der Hirn-Hypophyse. Rivista mensile di Neuropatologia e Psichiatria, No. 9 und 10.

Experimente von Hunden und Katzen brachten die Verf. zu der Ueberzeugung, dass die Hypophyse keinerlei Funktion hat, und dass die Störungen, die von anderen Forschern nach Entfernung der Hypophyse beobachtet sind, von Verletzungen abhängen, die in der Nachbarschaft unabsichtlich hervorgebracht wurden, oder auf Infektion beruhen.

Cappelletti, Ein neues Hypnoticum für Geisteskranke: Chloreton. Riforma Medica, No. 277 und 278.

Chloreton hat die chemische Formel $C_4 H_7 O Cl_3$ und bildet ein weisses, krystallinisches Pulver von kampherähnlichem Geruch, das in Wasser schwer, in Alkohol leicht löslich ist. In Dosen von 1 bis 2 Gramm erwies es sich als ein brauchbares Hypnotikum bei Geisteskranken. Gefährliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Oppenheim, Beitrag zur Prognose der Gehirnkrankheiten im Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr. No. 12, 13.

Es wird eine Reihe von Fällen mitgetheilt, in denen bei Kindern im Alter von 8—13 Jahren ein Hirnleiden bestand, das vollkommen den Symptomenkomplex eines Tumors der motorischen Zone darbot. In allen Fällen erfolgte spontan oder unter einer internen Behandlung eine völlige Rückbildung der Krankheitserscheinungen. Es ist die Vermuthung gerechtfertigt, dass die lokalisierte Meningoencephalitis tuberculosa der motorischen Zone, vor Allem dann, wenn sie im Kindesalter auftritt, eine der Rückbildung und Vernarbung fähige Affektion ist.

Tesdorpf, Ueber die Bedeutung einer genauen Definition von „Charakter“ für die Beurtheilung der Geisteskranken. Münchener med. Wochenschr. No. 4.

Unter Charakter eines Menschen ist die Summe oder der Inbegriff seiner psychischen Eigenschaften zu verstehen, soweit dieselben als bewusste Beweggründe oder als unbewusste Ursachen seine inneren psychischen Leistungen, sowie seine äusseren Handlungen zu bestimmen oder zu beherrschen pflegen. Ein pathologischer oder krankhafter Charakter liegt in den Fällen vor, in denen sämmtliche oder einzelne der bei einem Menschen vorhandenen psychischen Eigenschaften, soweit diese die inneren psychischen Leistungen oder die Handlungen zu bestimmen pflegen, entweder durch Krankheit eine Aenderung erfahren haben oder von vornherein durch Krankheit beeinflusst sind. Diese krankhafte Veränderung kann sowohl die Zahl, die Stärke, die Veränderungsfähigkeit, das Verhalten der Charaktereigenschaften zum Bewusstsein als auch die Art und das gegenseitige Verhalten der Charaktereigenschaften betreffen.

Erlenmeyer, Ueber die Bedeutung der Arbeit bei der Behandlung der Nervenkranken in Nervenheilanstalten. Berliner klin. Wochenschr. No. 6.

Es wird streng unterschieden zwischen Neurasthenie und Nervosität. Die erstere beruht auf Ermüdung und Erschöpfung; Arbeit kommt bei ihr als Behandlungsmethode nicht in Betracht. Die Nervosität dagegen, bei der Erregungszustände das Krankheitsbild beherrschen, findet in der

körperlich-mechanischen Arbeit ein vorzügliches und schnell wirkendes Heilmittel. Bei der Hysterie und Epilepsie hat die Arbeit keinen Einfluss auf die eigentliche Nervenkrankheit. Rückenmark- und Gehirnkranke eignen sich in der Regel nicht für die Arbeitsbehandlung. Demnach wird der Arbeit bei der Behandlung von Nervenkranken eine erheblich geringere Bedeutung zugeschrieben, als sonst jetzt allgemein zu geschehen pflegt.

Erben, Ueber Simulation von Nervensymptomen. Wiener med. Presse No. 25.

Reine Simulation von Nervensymptomen ist selten. Meistens handelt es sich um das Bestreben, vorhandene Krunkheitserscheinungen zu übertreiben. Da diese Erscheinung auch oft bei Leuten vorkommt, denen kein Vortheil aus ihrer Krankheit erwachsen kann, so muss unter Umständen die Uebertreibung als Symptom einer bestehenden Nervenkrankheit gedeutet werden. Es wird an zahlreichen Beispielen gezeigt, wie man Simulation und Uebertreibung der einzelnen Nervensymptome (Lähmung, Zittern, Schmerz, Anästhesie, Romberg'sches Symptom, gesteigerte Reflexe, Schwindel) entdecken kann. So z. B. ist der Händedruck bei stark gebeugtem Handgelenk immer schwächer als bei überstrecktem Handgelenk. Zeigt also ein Kranker in beiden Stellungen dieselbe Kraft des Händedruckes, so hat er bei überstrecktem Handgelenk nicht mit der ganzen ihm zur Verfügung stehenden Kraft gedrückt.

Blum, Neue, experimentell gefundene Wege zur Erkenntniss und Behandlung von Krankheiten, die durch Auto-Intoxiationen bedingt sind. Virchow's Archiv Bd. 162, Heft 3.

In dem Darmkanale entstehen beständig bestimmte Gifte (Enterotoxine), die unter normalen Verhältnissen von der Schilddrüse unschädlich gemacht werden. Sie entstehen höchst wahrscheinlich durch Eiweiss-Fäulniss und sind deshalb einerseits von der Natur der faulenden Eiweisssubstanz, andererseits von den Fäulniss verursachenden Mikroben abhängig. Gelangen die Enterotoxine bei Ausfall der Thätigkeit der Schilddrüse ungehindert zur Einwirkung auf den Körper, so verursachen sie schwere Störungen. Bei stürmischen Verlaufe zeigt nur das Zentralnervensystem nachweisbare anatomische Veränderungen, bei langsamerem Verlaufe auch die Nieren. Es giebt Thiere, die mit oder ohne geeignete Behandlung trotz Ausschaltung der Schilddrüse gesund bleiben; diese besitzen in ihrem Blute Schutzstoffe gegen die Enterotoxine. Die Schilddrüse hält die Enterotoxine zurück, lagert sie als Thyreotoxalbumine ab und entgiftet sie allmählich. Auch gegen das Thyreotoxalbumin, das normaler Weise nie in den Kreislauf übertritt, giebt es eine natürliche und eine erworbene Immunität.

Die Thierversuche machen es wahrscheinlich, dass auch beim Menschen mehr Arten von Erkrankung, als man bisher annahm, mit Darmvorgängen und Insuffizienz der Schilddrüse im Zusammenhang stehen. Auch für therapeutische Versuche eröffnen sich Aussichten.

Verworn, Ermüdung und Erholung. Berliner klin. Wochenschr. No. 5.

Um die Erscheinungen von Ermüdung und Erholung in möglichst einfacher Form zu untersuchen, wurden Experimente an dem Rückenmark des Frosches angestellt. Es ist nun schwierig, die einzelnen, auf das Rückenmark wirkenden Reize in genau gleicher Stärke zur Wirkung kommen zu lassen. Es wurde deshalb Strychnin angewendet, das die sensiblen Elements der Rückenmarks-Hinterhörner in grösste Erregbarkeit versetzt, ohne irgend eine andere Wirkung auf das Rückenmark zu haben. Bei einem mit Strychnin vergifteten Frosche liessen auch die kleinsten Reize eine maximale Erregung der sensiblen Elemente aus, die daher auch den motorischen Neuronen der Vorderhörner stets maximale Erregungsimpulse geben. Ausserhalb des Rückenmarkes wirkt nun aber das Strychnin allmählich lähmend auf die motorischen Nervenendigungen im Muskel. Um die hieraus entstehende Fehlerquelle aufzuheben, wurde die Extremität, deren Gastrocnemius zur graphischen Darstellung benutzt wurde, von der Giftwirkung ausgeschlossen, indem ihre Arterie unterbunden wurde. Um die Ermüdung des Rückenmarkes allein zur Darstellung zu bringen, nicht auch die Ermüdung des Muskels, wird der Nerv des Muskels durch lokale Aethernarkose ausser Thätigkeit gesetzt und der Muskel bleibt in Ruhe. Soll der Muskel aber als Indikator für den jeweiligen Stand der Ermüdung des Rückenmarkes benutzt werden, so wird die Aethernarkose des Nerven unterbrochen.

Die gesteigerte Thätigkeit der Neurone des Rückenmarkes hat eine Steigerung seines Stoffwechsels zur Folge. Das Blut nimmt die Zersetzungsprodukte auf und führt Ersatzstoffe zu. Um die Natur der Prozesse bei der Ermüdung und Erholung untersuchen zu können, ist die Herstellung einer künstlichen Zirkulation im Gefässsystem nothwendig. Soll z. B. jeder Ersatz von Stoffen bei der Ermüdung ausgeschlossen sein, so kommt eine physiologische Kochsalz-Lösung zur Anwendung, die sorgfältig gasfrei gemacht worden ist.

Bei dieser Anordnung des Experimentes zeigte es sich nun, dass bei stagnirender Zirkulation in den Blutgefässen rasch totale Ermüdung eintritt, sodass die Erregbarkeit vollständig erlischt. Lässt man die Zirkulation wieder in Thätigkeit treten, so erholen sich die Neurone allmählich wieder soweit, dass durch Reizung der Haut wieder Zuckungen des Muskels hervorgerufen werden. Es entstehen also wie bei der angestrengten Arbeit der Muskeln, so auch bei der Thätigkeit der Neurone Stoffwechselprodukte,

welche die lebendige Substanz allmählich vollkommen lähmen, ehe noch ihr inneres Ersatzmaterial vollständig erschöpft ist. In erster Linie dürfte es sich bei diesen Stoffwechselprodukten wohl um Kohlensäure handeln. Eine vollständige Erholung ist jedoch durch die Auswaschung mit Kochsalzlösung nicht zu erreichen und schliesslich tritt auch bei fortgesetzter Durchspülung totale Lähmung ein. Diese Lähmung beruht auf einer vollständigen Erschöpfung des Sauerstoffvorrathes der Neurone, denn durch die Durchspülung mit einer Kochsalzlösung, die mit reinem Sauerstoff geschüttelt ist, kehrt bald die Erregbarkeit zurück und es tritt vollkommene Erholung ein. Erst nach einer Stunde oder später verschwindet in diesem Falle die Erregbarkeit. Wird dagegen defibrinirtes Ochsenblut, das durch Schütteln mit Luft arteriell gemacht ist, zur Zirkulation verwendet, so kann man die Erregbarkeit anscheinend unbegrenzt erhalten. Aus diesen Experimenten ergibt sich, dass die bei angestrengter Thätigkeit der Neurone entstehende Unerregbarkeit aus zwei verschiedenen Ursachen entspringt, aus der lähmenden Wirkung der sich anhäufenden Stoffwechselprodukte und aus dem Mangel an Ersatzstoffen für die Restitution der lebendigen Substanz. Es wird daher vorgeschlagen, beide Momente auch sprachlich scharf zu unterscheiden und das Erstere allein als „Ermüdung“ im engeren Sinne, das Letztere als „Erschöpfung“ zu bezeichnen. Es bestehen gewisse Aehnlichkeiten zwischen den Erscheinungen, die am Strychninfrosch beobachtet werden, und den Symptomen der Neurasthenie, deren hervorstechendstes Merkmal die gesteigerte Ermüdbarkeit des Nervensystems ist.

Hollms und *Möller*, Irrenhaus oder Privatpflege? Wie erkennt man Geistes- und Nervenkrankheiten? Wie behandelt man Geistes- und Nervenkrankheiten? Hamburg, Fr. Grobow. 40 S. Preis 50 Pf.

Die populär geschriebene Broschüre beabsichtigt, in Laienkreisen aufklärend über das Wesen der Geisteskrankheiten und ihre Behandlung zu wirken. Es geschieht dies in anerkennenswerther, geschickter Weise. Der Schrift ist in den Kreisen, für die sie verfasst ist, die grösste Verbreitung zu wünschen.

Luzenberger, Ueber die Behandlung der geschlechtlichen Impotenz. Neapel, Pasquale. 52 S.

Die Impotanz ist entweder mechanisch begründet und bedarf der chirurgischen Behandlung oder sie ist das Symptom einer anderen körperlichen Krankheit, schwindet also, sobald die verursachende Krankheit zur Heilung gebracht wird, oder sie ist nervöser Natur. Die letztgenannte Art ist die häufigste und wichtigste. Ihre Bekämpfung ist oft schwierig. Unter den

hygienischen Massnahmen wird die Nothwendigkeit grösster Mässigkeit im Alkoholgenusse betont. Von medikamentöser Behandlung wird nicht viel Erfolg erwartet, auch nicht von dem Johimbin. Am meisten leistet die Psychotherapie.

Vacupas und *Burat*, Cystokinetograph. Revue de Psych. Dec. No. 12.

Um die Aenderungen des intravesikalen Drucks zumal in seiner Abhängigkeit von psychischen Funktionen messen zu können, konstruirten Verff. den oben genannten Apparat. Derselbe besteht aus einem Rohr von 20 cm Länge und 2 cm Durchmesser. Am unteren Ende gehen ein seitlich und ein direkt nach unten gerichtetes Röhrchen ab. Mit dem seitlichen Röhrchen stehen durch einen Y-förmigen Ansatz einerseits der in die Blase eingeführte Katheder, andererseits ein Quecksilbermanometer in Verbindung. Das nach unten gerichtete Röhrchen ist durch einen Hahn verschliessbar, und erlaubt bei allen Versuchen die Urinmenge auf ein konstantes Niveau einzustellen derart, dass $^2/_3$ des langen Rohres mit Urin gefüllt sind und $^1/_3$ leer bleibt. Die Schwankungen dieser Flüssigkeitsäule sollen sodann einer Marey'schen Registrirtrommel übertragen werden. *Tantzen.*

Thompson, Bradford, Das Zählen der nervösen Elemente. Revue de Psych. Août, No. 8.

Verf. unternahm nach der Methode von *Hammarberg* eine Zählung der Ganglienzellen in der Rinde des Grosshirns und kam zu folgenden Ergebnissen: Die Gesammtzahl der Ganglienzellen im cerebralen Rindengebiet beträgt in runder Summe 9200 Millionen (*Meynert* hatte s. Zt. 612 Millionen herausgerechnet). Das Volumen der Nervenzellen im Verhältniss zum Totalvolumen der Rinde beläuft sich auf 1,37 %. Die Zahl der Riesenzellen entspricht beim Menschen annähernd der Anzahl der Pyramidenfasern im Rückenmarke (159690 : 158222). *Tantzen.*

Colombani, J. J. Rousseau, Psychopathe urinaire. Revue de Psych. Août, No. 8.

Verf. hält die mannigfachen Abweichungen im psychischen Verhalten Rousseau's lediglich für Folgezustände von hartnäckigen Leiden des harnleitenden Apparates. Diese bestanden im Spasmus des Blasensphinkters und in chronischer Urethritis, die verursacht und unterhalten wurden durch die geschlechtliche Reizbarkeit und die daraus entspringenden verschiedenen Ausschweifungen. Ausserdem hatte R. viele Qualen unter den Krisen einer hartnäckigen Urinverhaltung auszustehen, die wahrscheinlich durch eine Muskelklappe oberhalb der Urethralmündung veranlasst war und sich nur

zeitweilig durch Bougiren besserte. Diesen Affektionen schreibt Verf. den weitgehendsten Einfluss zu auf R.'s Werke und Lebensführung und erklärt aus ihnen die Verbitterung und Menschenscheu, sein Misstrauen und sogar die vereinzelt auftretenden Wahnideen. Als R. sich mit dem Gedanken peinigt, dass seine Verleger sein Manuskript des „Emil" an die Jesuiten verkauft hätten, hat er sich kurz vorher beim Katheterisiren eine Sonde in der Uretha zerbrochen. Rousseau ist nach dem Verf. nicht als Degenerirter, auch nicht als Neurastheniker zu bezeichnen. Bei geeigneter Behandlung, die sich besonders auf die Entfernung der Schmerzen richten müsse, seien solche Kranke, welche zu oft und zu rasch als reine Neurastheniker angesehen würden, zu heilen. *Tantzen.*

Meunier, Beobachtung eines Falles von Kleptomanie, der in einem urämischen Anfall à forme nerveuse endigt. Revue de Psych. Août, No. 8.

Der 40jährige, debile, melancholische und verwirrte Kranke wird aus dem Gefängniss in das Asyl Villejnif entlassen. In den ersten Wochen stahl er andern Kranken in geschickter Weise die verschiedensten Gegenstände. Bei den Untersuchungen betheuerte er seine Unschuld und that sehr erstaunt, wenn die Objekte bei ihm gefunden wurden. Nachdem ihm das Kochsalz in der Nahrung bis auf etwa 5,0 täglich entzogen war und er 2,0 Bromkali pro die erhielt, hörten nicht nur die Diebereien mit einem Schlage auf, sondern er wurde zusehends freier und konnte beschäftigt werden. Die Besserung bestand auch fort bei Wiedereinführung der gewöhnlichen Diät und Entziehung des Broms. Der Tod erfolgte nach dreitägigem urämischen Coma. Bei der Sektion war der Gehirnbefund negativ, die Nieren waren vergrössert, dunkelroth und hatten adhärente Kapsel, ausserdem bestand Lebercyrrhose.

Verf. findet die Heilung der Kleptomanie bei diesem Manne, den er nicht für einen Epileptiker halten kann, erstaunlich und ist geneigt, sie der kombinirten Wirkung des Broms und der beschränkten Kochsalzeinfuhr zuzuschreiben. *Tantzen.*

Toulouse und *Meunier*, Die kombinirten Wirkungen des Broms und der verringerten Kochsalzdarreichung auf die epileptischen Krampfanfälle und die psychischen Aequivalente. Revue de Psych. Octobre, No. 10.

Bei einer 37jährigen bereits verblödeten Epileptischen, die nochmals im Monat im Anschluss an epileptische Krampfanfälle unter Zuständen von kurzdauernder hallucinatorischer Verwirrtheit litt, hörten die Delirien auf, nachdem die Brommedikation durch die Einschränkung der Kochsalzzufuhr

unterstützt war. Der Charakter war sanft und gefügig geworden, doch bot die Kranke noch eine ausgeprägte Gedächtnissschwäche dar. Die eigentlichen Krampfanfälle wurden nicht verringert. Nochdem wieder Kochsalz gegeben ward, traten trotz der beibehaltenen Brommedikation die hallucinatorischen Delirien wieder auf und verschwanden wieder nach erfolgter Beschränkung des Chlornatriums. *Tantzen.*

Tamburini, Le conquiste della Psichiatria nel secolo XIX e il suo avvenire nel secolo XX. Riv. di fren. Bd. XVIII, H. 1.

Die Eroberungen der Psychiatrie im 19. Jahrhundert und ihre Zukunft im 20. Jahrhundert ist das Thema, mit welchem der Präsident des Vereins italienischer Irrenärzte, Prof. *Aug. Tamburini*, den XI. Kongress des Vereins am 29. September 1901 zu Ancona eröffnet hat. In raschem Ueberblick zeichnet *T.* die Geschichte der Fortschritte seit Beginn des letzten Jahrhunderts, seitdem durch *Chiarugi* und *Pinel* die Geistesgestörten als Kranke behandelt zu werden anfingen und durch *Esquirol* das klinische Gebiet soweit gefördert wurde, dass von einer Wissenschaft der Psychiatrie die Rede sein durfte.

Einen wesentlichen Fortschritt brachte die patholgisch-anatmische Richtung der französischen Schule in den Arbeiten *Calmeil*'s, *Parchappe*'s, (*Andral*'s. *Fr.*), denen in Italien *Andr. Verga* mit seinen Studien über das Gehirn und dessen Läsionen sich anschloss. (Das seit Hippokrates stabil gebliebene Inventar der bekannten Formen der Geistesstörung hatte einen Zuwachs durch *Bayle*'s Aufstellung der Dementia paralytica (1822) erhalten, die bis heute eine der gesichertsten Erwerbungen der Psychiatrie geblieben ist (Ref.) Noch bedeutungsvoller für Theorie und Praxis wurden auf anthropologischem Gebiete die von *Morel* festgestellten Gesetze über die Erblichkeit, Degeneration und psychischen Anomalien, die vom Genie bis zum Verbrechen sich kundgeben. Alles dieses gelangte schliesslich zum Ausdruck in dem „unsterblichen Werke *Griesinger*'s“, in welchem die bis zur Mitte des Jahrhunderts gesammelten Studien und Erfahrungen als Grundlage zu dem noch lange über *Griesinger*'s Tod (1869) hinaus herrschenden Lehrbuch zusammengefasst sind.

Den mächtigsten Aufschwung erfuhr indess, im Gefolge der Naturwissenschaften überhaupt, die Neurologie und mit ihr die Psychiatrie erst im letzten Drittel des Jahrhunderts, als infolge der Entdeckung der elektrischen Reizbarkeit der Gross-Hirnrinde (*Fritsch*, *Hitzig*) die lokale Verschiedenheit der psycho-motorischen und sensorischen Funktionen auf experimentellem Wege im Grossen festgestellt werden konnte (*Munk* in Deutschland, *Luciani* in Italien, *Ferrier* in England). Das Studium der feineren Elemente der Nervencentren, zur Ermittlung des Geheimnisses ihres inneren Wesens, ihrer Beziehungen zu einander und zu den „wunderbaren Aeusserungen der höchsten Kraft der Natur, die als Gedanke er-

scheint", übernahm die technisch hochentwickelte Histologie — zunächst wiederum in Deutschland, der sich Italien durch *Golgi* würdig anreihte. Die physiologische und pathologische Psychologie und schliesslich die Nervenklinik mit der sich mehr und mehr entwickelnden Neuropathologie sind Erwerbungen des XIX. Jahrhunderts.

Besonders beachtenswerth sind dem Redner die Experimental-Pathologie, die mit Hilfe von Bakteriologie und Chemie ein Licht auf Infektionen und Intoxikationen und deren Einfluss auf die Genesis der Geistesstörungen werfen.

Nachdem er noch die *Lombroso*'sche Schöpfung der Kriminal-Anthropologie und die Stellung der Psychiatrie zu Pädagogik, und zu den sozialen Einrichtungen, der Fürsorge für die überall erschreckend gesteigerte Zahl von Irren berührt hat, zeigt er, welches die vorzüglichsten Aufgaben des begonnenen Jahrhunderts seien:

1. Die genaue Kenntnis des pathogenetischen Prozesses der Geistesstörung.

2. Die darauf beruhende rationelle Heilung derselben.

3. Die Verminderung der Zahl der Kranken und demzufolge der Ueberfüllung der Irrenanstalten.

Die Materialien zur Errichtung des Idealgebäudes der Psychiatrie, dessen Vollendung der Redner von der Thätigkeit der jüngeren Generationen erhofft, liegen zwar in mehr oder minder fertigem Zustande bereit, ob aber schon zur Lösung des ersten der 3 Probleme, auf dem der ganze Bau hauptsächlich beruht, und zur Lösung der beiden anderen die fortschreitende Umgestaltung der sozialen Verhältnisse soweit gediehen sein wird, dass ein Jahrhundert zur Verwirklichung des Ideals genügt, ist fraglich.

Wie weit die exakte Wissenschaft von den vorgesteckten Zielen, zunächst von der Erkenntniss des Werdens der psychischen Prozesse im gesunden und kranken Zustande entfernt ist, geht aus 2 Berichten über die Fortschritte der Neuropathologie, Psychiatrie und der irrenärztlichen Technik, und noch mehr aus dem Bericht über Klassifikation der Psychopathien hervor, die auf demselben Kongress zu Ankona zum Vortrag und zur Diskussion gelangten.

In dem ersten Bericht bespricht *Seppilli* 7 Themata in ausführlicher Weise und zieht Schlussfolgerungen wie folgt:

1. Die von *Flechsig* auf Grund seiner miologenen Methode aufgestellten Assoziationszentren im Sinne von ebenso vielen psychischen Organen, sind bisher durch keine klinische Beobachtung bestätigt worden. Desgleichen ist die Neuronenlehre, gegenüber der anatomisch nachgewiesenen Thatsache vom Vorhandensein ultraterminaler Nervenfibrillen an motorischen und sensiblen Nervenenden, unhaltbar.

2. Aphasie. Umstritten ist die Frage, ob subcorticale Aphasie (pura) bei welcher inneres Sprach- und das Schreibvermögen von corticaler

Aphasie (Aphasie vera) sich unterscheiden lassen. Hysterische Aphasie ist rein motorisch, Agraphie fehlt. Das *Broca*'sche Sprachzentrum beider Seiten ist bei der motorischen Aphasie thätig (*Mingazzini*).

3. Die neuerdings angegebenen Zeichen zur Unterscheidung der hysterischen Hemiplegie von der organischen sind ziemlich sicher. Bei der Hemianästhesie sind Tast- und Schmerzempfindung weniger gestört als der Muskelsinn, umgekehrt ist es bei der hysterischen Paralyse der Fall.

4. Myelitis acuta. Affektionen der Cauda equina etc. Grosse Unsicherheit herrscht über das anatomisch-klinische Verhalten der Myelitis. *P. Marie*, der behauptet, dass es nur konsekutive Myelitis gebe, sucht den Grund in Infektion und Intoxikation. Dasselbe ist der Fall bei der Encephalitis acuta (besonders nach Influenza) non purulenta; Heilung ist bisweilen möglich.

5. Haut- und Sehnenreflexe. Der alte Streit über das Wesen des Patellarreflexes (*Westphal-Erb*) ist noch nicht entschieden. Dass in Affektionen der Nervenzentren ein Antagonismus zwischen Haut- und Sehnenreflexen besteht, ist sicher; ob es sich bei den Sehnenreflexen um ein Muskelsymptom oder einen Spinalreflex handelt, unentschieden. *Babinsky*'s Symptom (Extension des Hallux beim Kitzeln der Fusssohle, anstatt Flexion) für Störung in der Pyramidenbahn ist sehr häufig bei organischer Hemiplegie, wird aber auch bei Kindern von 3—4 Monaten beobachtet. *Kernig*'s Symptom (die Unterschenkel kontrahiren sich und bilden mit dem Oberschenkel einen spitzen Winkel) ist für Meningitis beim Sitzen ein werthvolles, wenn auch nicht absolutes diagnostisches Zeichen.

6. Myotonia, nach *Bechterew* eine Krankheit des Stoffwechsels, mit dem Sitz in der motorischen Zone der Hirnrinde, kann auch als Zeichen von Degeneration des Organismus gedeutet werden. Myasthenia pseudoparalytica kann sich zu Krankheiten der Thymusdrüse und der Nieren gesellen. Ihre anatomische Basis ist noch unbekannt.

Aus *Tambroni*'s Bericht über psychisches Heilverfahren und Technik in Irrenhäusern nur folgende Sätze:

1. Die spezifische Seriotherapie ist für die psychiatrische Praxis noch ein Desideratum.

2. Die kochsalzlose Diät in Verbindung mit Brompräparaten vermindert und verringert zwar die Heftigkeit epileptischer Anfälle, hat aber auf die Psychose keinen wohlthätigen Einfluss.

3. Die Bett-Therapie empfiehlt sich nur bei den manischen und depressiven Formen (mit Ausnahme der Formen degenerativen Charakters, hypochondrischen und Angstzuständen) bei periodisch auftretenden Erregungszuständen, bei Alkohol-Delirium, hat sich auch bei Morphiomanie und in einigen Fällen von hysterischer und neurasthenischer Psychose nützlich erwiesen. Auf die Dauer der Krank-

heit, den Prozentsatz der Heilungen und Sterblichkeit hat sich ihr Einfluss nicht bemerklich gemacht.

Sie gestattet nicht die gänzliche Beseitigung der Zelle und macht die Anwendung der Hypnotica, Bäder u. s. w. nicht überflüssig.

Fraenkel.

Sabbatani, Prof., Importanza des Calcio che trovasi nella Corteccia cerebrale. Riv. di fren. Bd. XXVII, H. 3—4, S. 946—956.

Der (beruhigende) Einfluss des Kalkes, der sich in der Hirnrinde befindet, zeigte sich deutlich in den an (13) Hunden angestellten Experimenten des Verf., da die Hirnrinde blossgelegt und ihre Erregbarkeit durch *Du Bois-Raymond*'s Schlitten-Apparat geprüft wurde. Andererseits erhöhten die bekanntlich giftig wirkenden und die Gerinnung des Blutes, der Lymphe, Milch, des Muskelplasma hindernden Natron-Citrate, Oxalate und Seifen die Erregbarkeit bis zum Ausbruch epileptischer Krämpfe.

Der Antagonismus von Kalk und von den Natronsalzen ist damit nachgewiesen und ist derselbe für eine Reihe von physiologischen, pathologischen und therapeutischen Fragen von Bedeutung, z. B. ob bei Epileptischen nicht das genügende Quantum Kalk vorhanden, ob Darreichung der kalkreichen Milchdiät das Heilmittel sei u. s. w.

Die Entscheidung derselben ist künftigen Untersuchungen vorbehalten.

Fraenkel.

Ferrari, G. C., Influenza degli stati emotivi sulla genesi e sullo sviluppo dei deliri e di alcune psicosi. Riv. de fren. Vol. 27, S. 661—690.

Der Einfluss von Gemüthsbewegungen auf die Entwicklung von Wahnvorstellungen ist bekanntlich verschieden, je nachdem sie ein gesundes oder krankes, bezw. erblich belastetes Individuum betreffen und ist besonders wichtig für die Feststellung der Prognose. Dies gilt namentlich für die viel umstrittenen Formen der Paranoia, deren zahlreiche Opfer unsere Irrenanstalten übervölkern. In der vorliegenden umfangreichen Abhandlung legt darum der Verf. besonderes Gewicht auf die Ermittlung der auch im psychologischen Interesse werthvollen Umstände, unter denen die Krankheit in stadio nascente erscheint. Unter diesem Gesichtspunkte hebt Ref. eine der in der Arbeit mitgetheilten Krankheitsgeschichten hervor.

a) T. M., ein junger, reicher, gesunder, intelligenter Fabrikinhaber, ohne nachweisliche neuropathische Belastung, sass eines Tages im Schatten, etwa 2 km von seinem Hause entfernt, als ein ihm als roher Gesell bekannter vorübergehender Mann ihn mit den Worten anredete: Da sitzen Sie und rauchen, während Ihre Faktorei brennt? T. sprang auf

und lief, ohne an der Wahrheit der Sache zu zweifeln, sofort nach Hause. Bei seiner Ankunft fand er allerdings, dass eine Scheune, die aber einem Andern gehörte, brannte, in seinem Hause indess Alles in Ordnung war. Nun ass er und legte sich zu Bett. Während der Nacht wachte er 2 mal auf und dachte wieder und wieder an das Feuer und über die Worte nach, mit denen der fremde Mann ihn angeredet hatte — insbesondere über die Art, mit der er sie gesprochen —, als ob er einen Dummen vor sich habe. Andern Tages noch sann er über die Möglichkeit der Feuersgefahr, über die Mittel sie abzuwehren, und über die Missachtung, mit der der brutale Mensch ihn benachrichtigt hatte. In den nächsten Tagen stellten sich diese beiden Gedanken immer häufiger ein und verschwisterten sich untrennbar. Gleichwohl gewahrte T. noch das Krankhafte seiner Vorstellung, suchte die Besorgniss, die er bisweilen zeigte, bei den Seinigen zu entschuldigen, ass aber noch mit gewohntem Appetit und besorgte seine Geschäfte regelmässig. Die Nächte verbrachte er jedoch öfter unruhig, stand auf, lag am Fenster, um die Feinde zu entdecken, die kommen könnten, sein Haus anzuzünden. Seiner Frau sagte er, es sei ihm zu heiss, er habe bei Tage geschlafen u. dgl. m.

Erst nach 25—30 Tagen nach jener ersten Begebenheit ging T. eines Nachts aus, mit einem Revolver bewaffnet, um ein Ende zu machen. Wenn ihm Einer etwas anhaben wolle, so werde er ihm zuvorkommen, da er dieses Leben voll Angst und Verdacht satt habe.

Diese Reaktion beruhte nicht auf einer Halluzination, denn T. gestand, dass er nie einen der vermeintlichen Feinde gehört oder gesehen habe, sie war vielmehr die einfache Antwort auf die Störung, welche die Wucherung der beiden ersten Gemüthsbewegungen (Furcht und Scham) in seinem Selbstbewusstsein hervorgebracht hatten. Der Verfolgungswahn dehnte sich auf seine Frau und Verwandten aus, die ihn der Irrenanstalt übergeben hatten. Ruhe und ärztliche Behandlung führten binnen Kurzem die Einsicht in das Krankhafte seiner Vorstellungen wieder her. T. wurde geheilt entlassen und blieb es noch nach 4 Jahren.

Fraenkel.

Obici, *Giulio*, Padova, Influenza del lavoro intellettuale prolungata e della fatica mentale sulla respirazione. Riv. di fren. 27, S. 1026—1061.

Der Einfluss der Geistesarbeit auf die Respiration ist zwar schon häufig besprochen, die Beobachtungen fanden aber nur bei Geistesarbeit von kurzer Dauer statt. Der Verf. stellte seine Experimente bei 5 Individuen, denen er Rechenexempel zu lösen gab, während 2 Stunden ununterbrochen an, wobei er die Zahl und Grösse der Athembewegungen auf einem *Marcy*'schen Pneumographen kontrollirte. 4 der Individuen sind Studenten, die gewohnt sind zu rechnen, 1 ein alter Alkoholist. *Binet*

und *Courtier* liessen ihre Versuchspersonen aus dem Kopfe rechnen, der Verf. die seinigen schreiben.

Aus den während dieser Arbeit aufgenommenen Respirationsbildern, die eine grosse Verschiedenheit wahrnehmen lassen, geht eins hervor, dass die Tiefe und Zahl der Athemzüge zunimmt, die Lungenventilation erhöht und damit die Aufnahme des Sauerstoffs und die Ausscheidung der Kohlensäure erleichtert wird.

Infolge der Ermüdung dagegen findet das Gegentheil statt, indem die Athemzüge unregelmässig werden in Tiefe und Zahl. Bei einem der Individuen dauerte dieser Zustand noch 50 Minuten nach der angestrengten Geistesarbeit. *Fraenkel.*

Del Greco, Sull' unità fondamentale dei Processi psicopatici. Il Manicomio XVIII, 1, S. 49—80.

Morel's Satz, die Geistesstörung ist im Wesentlichen einheitlich und ihre vielfältigen Aeusserungen hängen von der Verschiedenheit der intellektuellen und moralischen Eigenschaften der Individuen und von den allgemeinen Verhältnissen ihrer Organisation ab, dient dem Verf. als Motto. Dieser Richtung folgend, sieht der Verf. in der Individualität das vorzugsweise bedingende, einheitliche Moment für die Genese der Geistesstörung, die eine Zerrüttung bis zur völligen Umgestaltung der Individualität bedeutet. Die Elemente der Individualität sind die natürliche (ererbte) psycho-physische Anlage und die den verschiedenen Altersstufen zukommenden Eigenschaften. *Fraenkel.*

Tomasini, S., Sulla Patogenesi dell' Oto-Ematoma negli Alienati. Il Manicomio XVII, 3, S. 399—404.

Die vor 30 und mehr Jahren von Irrenärzten häufig besprochene Erscheinung der Ohrblutgeschwulst ist gegenwärtig, infolge der besseren hygienischen Verhältnisse und Beaufsichtigung in Irrenanstalten, zwar seltener geworden, aber doch noch immer nicht verschwunden und noch weniger erklärt, wie sie entsteht. Die von *Pelizzi* u. A. gefundenen Bakterien sind accidenteller Natur; auch das Trauma erklärt den Vorgang nicht allein, sondern die degenerative Ernährungsstörung des Knorpelgewebes als Prädisposition bei Degenerirten. So fand *Ceni* das Othämatom bei 3 Idioten, bei 1 Mikrokephalen und bei 2 Makrokephalen.

Fraenkel.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Matusch-Sachsenberg.

Strasser, H., Anleitung zur Gehirnpräparation. Gustav Fischer. Jena 1901.

Eingetheilt in 6 Uebungen bespricht Verf. die anatomischen Verhältnisse des Gehirns und in welcher Weise durch Präparation ein deutlicher Unterricht über die makroskopischen Verhältnisse des Gehirns zu erlangen ist.

Das kleine Buch empfiehlt sich sehr zum Gebrauch für die Studirenden der Medizin.

Putnam, J. J., and *Williams, E. R.*, On tumors involving the corpus callosum. The journ. of nerv. & ment. dis. December.

Die Verf. geben im Anschlusse an drei eigene Beobachtungen eine tabellarische Uebersicht über 38 Fälle von Balkentumoren und eingehende Besprechung der Symptomatologie.

Mills, Ch. K., The separate localisation in the cortex and subcortex of the cerebrum of the representation of movements and of muscular and cutaneous sensibility. The journ. of nerv. & ment. dis. Nov.

Als Zweck der Arbeit bezeichnet *M.* den Nachweis, dass seine Ansicht von der gesonderten sensorischen und motorischen Lokalisation durch neuere Untersuchungen bestätigt seien, die von ihm in diesem Sinne besprochen werden. Seinen Standpunkt präcisirt *M.* dahin, dass die Centren sowohl für die einfacheren Formen der Empfindung wie Berührung, Schmerz und Temperatur, als auch die Centren für höhere Vorgänge wie Stereognosie völlig von den eigentlichen motorischen Centren getrennt seien. Zur exakten Lokalisation der sensorischen Centren seien wir noch nicht gelangt, wahrscheinlich liegen sie für die cutane Sensibilität in Lobus limbicus, für den Muskel- und den stereognostischen Sinn in der postparietalen Region mit Einschluss der oberen und unteren Parietalwindungen und des Praecuneus.

Das Für und Wider, mehr das letztere, wurde in einer sehr regen Diskussion zu dem Vortrage erörtert.

Kotschetkowa, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Mikrogyrie und der Mikrocephalie. Archiv f. Psych. Bd. 34.

Sehr eingehende Beschreibung zweier Fälle von Mikrogyrie, im ersten Falle der rechten Grosshirnhemisphäre mit Hemiatrophie und Mikrogyrie

der gekreuzten Kleinhirnhemisphäre. Im zweiten Falle fand sich im hinteren Abschnitt der zweiten Frontalwindung links eine trichterförmige, mit seröser Flüssigkeit Höhle gefüllte, deren Boden und Wände von mikrogyrischen Windungen gebildet wurden, auch sonst wies die Hemisphäre stellenweise mikrogyrische Windungen auf. Beide Fälle repräsentiren zwei verschiedene Arten von Mikrogyrie, im ersten ist sie zurückzuführen auf Schrumpfung der Windungen im Anschlusse an den encephalitischen Gewebszerfall, auf sekundäre Degeneration der weissen und grauen Substanz in der Umgebung des Herdes und auf Wachsthumshemmung. Im zweiten Falle handelt es sich um primäre abnorme Entwickelung. Die hier gefundenen Heterotopien grauer Substanz stellen nichtdifferenzirtes embryologisches Material dar und scheinen in ihrer Masse der Intensität der Mikrogyrie porportional zu sein.

Elmiger, Neurogliabefunde in 30 Gehirnen von Geisteskranken. Archiv f. Psych. Bd. 35.

Untersucht wurden Stücke aus der I oder II Frontalwindung, der Mitte der vorderen Centralwindung und aus dem Occipitalhirn. Das Gehirn bei progressiver Paralyse zeigt die stärkste Wucherung der Neuroglia. Auch die übrigen Psychosen zeigen bei langer Dauer Wucherung der Neuroglia. Da, wo Wucherung zu finden war, bestand makroskopisch Atrophie des Gehirns. Das Occipitalhirn zeigt geringere Wucherung als die anderen untersuchten Stellen. Nur in einem Falle (Epilepsie) fand sich im Präparate stellenweise enorme Anhäufung der Neuroglia, in allen übrigen Fällen war sie ziemlich gleichmässig über das ganze Präparat verbreitet.

Dana, *Charles*, A case of cortical sclerosis, hemiplegia and epilepsy, with autopsy. The journ. of nerv. & ment. dis. Febr.

4½ jähriger Knabe, Zangengeburt, hatte seit der Geburt rechtsseitige Hemiplegie, seit dem zweiten Jahre epileptische Anfälle ohne *Jackson*'schen Typus, starb in Folge von Trepanation und Punktion des Ventrikels. Es fand sich ausser verdickten Meningen allgemeine kortikale Sklerose im Vertheilungsgebiet der linken Art. Foss. Sylv., Atrophie und Degeneration des Pyramidenstranges, keine Degeneration der Schleife oder Atrophie des Kleinhirnes. Ferner starker Schwund der Tangentialfasern. Die Indikation zu der Operation leitete *D.* aus der Annahme einer nach Encephalitis oder Blutung entstandenen Cyste her.

Placzek, Zur pathologischen Anatomie der spinalen Kinderlähmung. Berliner klin. Wochenschr. November.

Die Frage nach der pathologisch-anatomischen Grundlage der spinalen Kinderlähmung kann nur durch Untersuchung frischer Fälle gelöst werden.

Pl. fand als wesentlichen Befund eines Falles, der drei Monate nach Krankheitsbeginn zum Tode führte, dass die graue Vorderhirnsäule des Rückenmarkes in ihrer ganzen Länge auf das Schwerste betroffen war, die umgehende weisse Substanz wie die Meningen vollständig unversehrt geblieben waren. Im ganzen Bezirk des Vorderhirnes fand sich weitgehende Proliferation der Gefässe. Der Verödung der Ganglienzellen entsprach Rarefikation der vorderen Wurzeln. Ferner war auffallend, dass die *Clarke*'schen Säulen sich schwer geschädigt erwiesen.

Mills, *Ch. K.*, A case of peripheral pseudotabes with exaggerated reflexes. Autopsy and microscopical examination showing degeneration of the peripheral nerves and no lesions of the spinal cord. The journ. of nerv. & ment. dis. Aug.

Der Titel enthält das Wesentliche des Falles. Ausser vorgeschrittener Entartung der peripheren Nerven, u. A. der N. plantar. int. und der Muskeln fanden sich nur geringe Veränderungen in den Vorderhörnern der Cervical- und Lumbalregion.

Dercum, *F. X.*, A large subcortical tumor of the occipital loke, producing right-sided hemiparesis and right homonymous hemianopsia, together with Wernicke's pupillary inaction sign as a distance symptom. The journ. of nerv. & ment. dis. Aug.

7 : 5 cm grosser Tuberkel in der Markstubstanz des linken Occipitallappens bei einem 12jährigen Negerknaben. Von Interesse in dem Falle war, dass fast zwei Jahre vor dem Einsetzen der Tumorsymptome ein kurzer Anfall von Verlust der Sprache und Lähmung der rechten Hand aufgetreten war und dass hemianopische Pupillenstarre anfangs fehlte und erst später auftrat. Sie müsste in diesem Falle als Druckerscheinung aufgefasst werden.

Pons, *Ch. S.*, A case of progressive unilateral ascending paralysis probable due to multiple sclerosis. The journ. of nerv. & ment. dis. Oct.

Obgleich von unten nach oben langsam fortschreitende Lähmung ausschliesslich die rechte Seite betraf und Tremor und psychische Störungen fehlten, sei der Fall wegen des bestehenden Nystagmus, der Parese der Augenmuskeln, Ablassung der temporellen Hälften der Sehnerven, Steigerung der Reflexe und Sprachstörung als eine atypisch verlaufende multiple Sklerose zu deuten.

Teller, *W. H.*, and *Dercum*, *F. X.*, A case of astereognosis resulting from injury of the brain in the superior parietal region. The journ. of nerv. & ment. dis. Aug.

Nach Schädelbruch Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten, Gesicht- und Zungenhälfte, Entfernung eines 2 □ Zoll grossen eingedrückten Schädelstückes über dem linken Schädellappen und eines Blutergusses unter der Dura, mit dem etwa ein Theelöffel voll Gehirnsubstanz abging. Einige Tage nach der Operation stellte sich die Bewegung wieder her, Patient zeigte aber in der rechten Hand vollkommenen Verlust der stereognostischen Empfindung, des Raum- und Lagegefühls, Herabsetzung des Tastgefühls und des Druckgefühls und Hypalgesie. Der Temperatursinn war nicht gestört. Wie Verff. betonen, hätte ein Laboratoriumversuch die Wirkung einer Läsion des oberen Schädelläppchens nicht klarer darstellen können.

Collins, *J.*, A case of progressive muscular atrophy and tabes with autopsy (Abstract). The journ. of nerv. & ment. dis. Octob.

Die klinische Diagnose stützte sich auf die langsam von den oberen Extremitäten ausgehende Muskelatrophie, Lichtstarre der Pupillen bei fehlendem Kniephänomen, Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit der befallenen Muskeln mit Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit ohne Entartungsreaktion, das Fehlen sensibler Störungen, die schliessliche Entwickelung bulbärer Symptome. Ausser den der Tabes zukommenden Veränderungen fanden sich indessen in erster Linie Degenerationsvorgänge der peripheren Nerven, nicht aber Erkrankung der Vorderhörner, ein Befund, der auch in der Diskussion zu dem Vortrage, vielfach von der *Collins* abweichende Deutung erfuhr.

Gordinier, *C.*, A tumor of the superior worm of the cerebellum associated with corpora quadrigemina symptoms. The journ. of nerv. & ment. dis. Octob.

Durch das vom ventralen Theil des Oberwurms ausgehende Neurogliom war das vordere Marksegel, die inneren hinteren Vierhügel besonders rechts, die graue Substanz um den Aquaeductus Sylvii, der dorsale Theil jedes Oculomotoriuskernes und die Trochleariskerne zerstört, ferner das Tegmentum in der Höhe der rothen Kerne und die oberen Kleinhirnschenkel in der Kreuzung vorzugsweise links. Aus diesem Befunde erklären sich die klinische Symptome: Cerebellare Ataxie mit Taumeln nach links, Accommodations- und Lichtstarre der Pupillen, doppelseitige Ptosis, Augenmuskellähmung. Auf die Läsion der oberen Kleinhirnschenkel ist das Bestehen von choreiformen Bewegungen in allen Extremitäten und von Intentionstremor der Hände zu beziehen.

Spitzka, E., The topography of the paracocles (latoral ventricles) in their relation to the surface of the cerebrum and the cranium. New-York medical journal. Febr.

Für die Punktion der Seiten-Ventrikel fehlt es noch an einer zuverlässigen Methode, die Lage der Ventrikel und die geeignetste Stelle für den Einstich zu bestimmen. Verf. beschreibt und zeichnet in seiner vorläufigen Mittheilung die Lage der Seitenventrikel nach Injektion, deren Methode angegeben wird, und bespricht die individuellen topographischen Varietäten. Die sicherste Punktionsstelle giebt das Trigonum ab.

Spitzka, E., The redundancy of the preinsula in the brains of distinguished, educated men. The medical record New-York, June.

Die Gehirne Seguins Vater und Sohn weisen in erheblicher Ausdehnung frei liegende linke Insel auf. Der Vergleich der linken mit der rechten Insel zeigt die linke stärker entwickelt und den preinsularen Pol prominenter und Messungen der Tiefe der sylvischen Furche gehen im preinsularen Theil links einen Unterschied von 7 bezw. 8 mm gegen rechts. *Sp.* führt aus, dass dies gewöhnlich auf mangelhafte Entwicklung des Operculums beruhende und eine Defektbildung anzeigende Freiliegen der Insel hier durch ungewöhnliche Entwicklung der Insel zu Stande gekommen sei. Dem habe im Leben die hohe Sprachbegabung der beiden Seguins entsprochen.

Spitzka, E. Anthony, A preliminary communication of a study of the brains of two distinguished physicians, father and son. The Philadelphia med. journal. April.

Die Untersuchung betrifft die Gehirne der beiden Seguins und erörtert Gewicht, Indices, Inselentwicklung und Windungsanordnung, die in bemerkenswerthem Grade übereinstimmten. Von Interesse ist, dass manche Eigenthümlichkeiten einer Hirnhemisphäre des Vaters beim Sohne auf der anderen Hemisphäre sich wiederfanden. Uebrigens war das Gehirn des Sohnes frisch, das des Vaters gehärtet und konservirt, was den Vergleich beider wohl etwas unzuverlässig machte.

Eyman, A. E., Abnormal brain development. The american journal of insanity. Octob.

E. vertritt den Standpunkt, dass der Verbrecher nicht geboren, sondern erzogen wird: „ich glaube, dass alles geistige Wachsthum von aussen stammt, dass das Kind bei der Geburt ohne Verstand ist, dass es sein Gehirn und seine potentiellen Eigenschaften erbt, dass aber der Erwerb der

geistigen Qualitäten fast ausschliesslich von seiner Umgebung abhängt." In Konsequenz dessen wirft er die Frage auf, ob nicht die Nachkommenschaft der Prostituirten Inkes, von deren Descendenten 310 Verbrecher, Arbeitshäusler oder sonst Verkommene waren, eine ganz andere geworden wäre, wenn die Inkes in die Obhut einer frommen Christin gerathen wären statt in den Schmutz von London. Was man degenerirt, belastet nenne, habe nur weniger Unterscheidungsvermögen, grössere Versuchungen, weniger Widerstandskraft, es sei Pflicht und der beste Schutz der Gesellschaft, diese Schwachen zu stützen und sie durch Einsperrung so lange unschädlich zu machen, bis sie ihre kriminellen Tendenzen überwunden haben. Man sieht, zu welchen unpraktischen Vorschlägen eine auf die Spitze getriebene Theorie führen kann.

Bischoff, Ernst, Ueber die sogenannte sklerotische Hemisphärenatrophie. Wiener klin. Rundschau. Febr.

Von der sklerotischen Hirnatrophie, die als eine der bekanntesten Ursachen der Idiotie gilt, ist ein Prozess abzuzweigen, den *B.* an zwei Fällen erläutert. Ein epileptisch belastetes Mädchen erkrankte mit 2 Jahren an Krämpfen und soll vorübergehend rechtsseitig gelähmt gewesen sein. Seitdem litt sie an Epilepsie, gelegentlich mit Dämmerzuständen, wurde schwachsinnig und starb, 36 Jahre alt, an Tuberkulose. Ausser geringer Abschwächung der Kraft des rechten Armes bestanden keine Anzeichen halbseitiger cerebraler Störung. Die gehärtete linke Hemisphäre wog 394 g, die rechte 560, die linke war in allen einzelnen Theilen schmächtiger als die rechte, wies aber histologisch normale Verhältnisse auf. Im zweiten Fall bestanden Epilepsiebelastung, Krämpfe im 2. Jahre mit linksseitiger Lähmung, die bis auf Monoparese des linken Armes zurückging. Epileptische Anfälle traten seit der Pubertät auf, begannen im linken Arm und waren links von grösserer Stärke und Dauer. Tod im 27. Jahre an stat. epilept. Die rechte Hemisphäre wog 520 g, die linke 640 bei normalem histologischen Befunde der Konsistenzvermehrung der rechten Hirnhälfte. Bemerkenswerth war Hyperesthesie der ganzen linken Körperhälfte und Analgesie des linken Armes und der Hand, die auch im Wachsthum zurückgeblieben war. Der plötzliche Beginn in diesen Fällen schliesst die Annahme einer mangelhaften Keimanlage aus, auch die zur Erklärung herangezogene Theorie, dass es sich um einen vorzeitigen Stillstand oder eine Verzögerung des Wachsthums handelt, vielleicht in Folge von Verengerung der Gefässe oder von Raumbeschränkung, trifft für die beschriebenen wie für einen Theil anderer nicht zu, es ist vielmehr wahrscheinlich, dass eine encephalitische Affektion die Ursache abgab. Die Affektion blieb auf eine Hemisphäre beschränkt, wirkte eher hier diffus und in allen Theilen gleichmässig und schädigte, trotzdem sie richtig zur Heilung kam, die Hemisphäre insofern, als sie ihre physiologische Weiter-

entwicklung hemmte und die Dispotion zu Epilepsie zurückliess. Die Ausdrücke Sklerose und Atrophie treffen somit für diese Erkrankungsform nicht zu, die sich von der *Westphal-Strümpell*'schen diffusen Hirnsklerose sowie der *Strümpell*'schen Pseudosklerose zwar anatomisch nicht sicher unterscheiden lässt, aber klinisch durchaus anders verläuft und von ihnen zu trennen ist.

Putnam, *J. J.*, and *Taylor*, *E. W.*, Diffuse degeneration of the spinal cord. The journ. of nerv. & ment. dis. Jan., Febr.

P. bespricht die klinischen Erscheinungen an der Hand der von ihm bisher beobachteten und fünf neuer Fälle, *T.* den pathologisch-anatomischen Befund. Statt der üblichen Bezeichnung kombinirte Strangerkrankung und anderer wird „diffuse Rückenmarksdegeneration“ vorgeschlagen und motivirt. Das Ergebniss wird zusammengefasst, dass eine wohlbegrenzte Erkrankung des Nervensystems, besonders lokalisirt im Rückenmark, existirt, für deren verschiedene Ursachen keine grundleglichen Kennzeichen zu finden sind, deren wirkliche Ursachen noch dunkel sind. Anämische Zustände konkomitiren oft, sind aber nicht nothwendig Ursache. Von gemeinsamen anatomischen Veränderungen sind zu nennen: diffuse Degeneration, gewöhnlich auf das Rückenmark beschränkt und in mehr oder weniger gesonderten Herden, konstante Betheiligung der Hinter- und Seitenstränge, vorwiegende Erkrankung der Cervikal- und Thorakalregion, Intaktheit der Nervenwurzeln und der peripheren Nerven und der grauen Substanz und bedeutungslose Gefässveränderungen. Der anatomische Befund, der übrigens mehrfach eine durch rasche Einschmelzung bedingte Vakuolenbildung aufweist, unterscheidet sich von Myelitis durch das Fehlen entzündlicher Veränderungen und charakterisirt sich als reine primäre Degeneration der Neurone, ihre vorwiegend nach Strängen gruppirte Anordnung erklärt sich aus der Anordnung der pialen Blutgefässe, die vermuthlich einen toxischen Stoff führen, sowie aus der grösseren Empfänglichkeit gewisser Fasersysteme.

Jacoby, *G. W.*, A case of simple serous cyst of the cerebellum, with autopsy. The journ. of nerv. & ment. dis. July.

Die Reihenfolge der Symptome war: Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen, allgemeine Abmagerung ohne Lähmungen, Charakterveränderung mit rein hysterischem Wesen, nicht lokalisirter Kopfschmerz, plötzlicher Tod 9 Wochen nach Beginn. Es fand sich eine 50 ccm heller Flüssigkeit enthaltende Cyste im rechten Lob. quadrangul. von Keilform, deren Basis in der Oberfläche des Kleinhirns lag. Die Wand war glatt und bestand ausschliesslich aus einer dünnen Schicht von Neuroglia mit spärlicher Gefässbildung. Die gleichzeitig vorhandene, von einigen als kongenital ange-

sprochene Cystenbildung in Leber und Nieren deutet die Herkunft der Cyste im Kleinhirn an, doch ist Entstehung aus Dilatation eines Lymphraumes möglich.

Finkelnburg-Bonn, Ueber einen Fall von ausgedehnter Erkrankung der Gefässe und Meningen des Gehirns und Rückenmarks im Frühstadium der Syphilis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 19.

Bei einem tuberkulös belasteten 43jährigen Manne trat 6 Monate nach luetischer Infektion linksseitige Hemiplegie ein, die nach 3 Wochen schwand. 2 Monate später Kopfschmerz, Besserung auf spezifische Behandlung. Noch 4 Monate später nach einer mit Aphasie verbundenen rechtsseitigen Hemiplegie Erscheinungen von Vaguslähmung und Tod. Die Sektion ergab ausgedehnte Veränderungen an den Arterien und Venen des Gehirns, besonders im Pons und an der Basis, meningitische Prozesse an der Basis und am Rückenmark, Veränderungen der Basalnerven und Rückenmarkswurzeln und Erweichungsherde in Linsenkern und Pons. Der mikroskopische Befund lieferte keinen strikten Beweis für Lues, jedoch machte das klinische Bild die Diagnose wahrscheinlich: der protrahirte, schubweise Verlauf, das Fehlen des Fiebers etc. Auffallend war dann allerdings das Auftreten so kurze Zeit nach der Infektion, jedoch sind solche Fälle schon von mehreren andern Autoren beschrieben. Einen charakteristischen Symptomenkomplex giebt es für diese Frühsyphilis nicht, nur zeigen alle Beobachtungen eine vorwiegende Betheiligung der Gefässe: ätiologisch scheinen vorgerücktes Alter und Alkoholmissbrauch, der auch hier anzunehmen ist, eine Rolle zu spielen. *Schlüter.*

Robertson and *Macdonald*, Methods of rendering Golgi-sublimate preparations permanent by Platinum substitution. The journal of mental science. April.

Um Golgi-Präparate dauerhaft zu machen, haben *Robertson* und *Macdonald* je eine Methode erfunden. Mit den nach der Modifikation von *Cox* behandelten Präparaten wird so weiter verfahren: I. Nach der Methode von *Robertson*: 1. Die Schnitte 15 Minuten in eine gesättigte Lithiumkarbonatlösung legen. 2. Rasch abspülen. 3. 1—2 Tage in gleiche Theile einer 1% Kaliumchlorplatinlösung und einer 10% Zitronensäurelösung legen. Die Lösungen müssen frisch sein. Im Dunkeln aufbewahren. 4. Dann 1—2 Stunden ins Wasser, bei mindestens zweimaligem Wechsel des Wassers. 5. Dann 5 Minuten in gleiche Theile einer mit Jod gesättigten 1% Jodkaliumlösung und Wasser. 6. In Wasser waschen. 7. 5 Minuten in ein Wasserglas legen bei Zusatz von 2—3 Tropfen Ammoniak. 8. In Wasser waschen. 9. In absolutem Alkohol, in Benzol, in

Benzolbalsam, Deckglas. II. Nach der Methode von *Macdonald*: Die nach *Cox* imprägnirten Gewebsstücke über Nacht in eine reichliche Menge destillirten Wassers legen, dann ½ Stunde in rektifizirten Spiritus. Darauf schneiden[1]), jeden Schnitt in ein Uhrglas mit rektifizirtem Spiritus legen. Den untern mit dem Anisöl in Berührung gekommenen Theil des Gewebsstücks nicht benutzen. Nun die Schnitte 1. aus dem rektifizirten Spiritus in destillirtes Wasser legen. 2. 24 Stunden in Lösung Nr. 1 u. 2.

a) Lösung No. 1: 1% Kaliumchlorplatinlösung.

b) Lösung No. 2: Unterschwefligsaures Natrium 46,5 g (1½ OZ).
Schwefligsaures „ 23,25 g (¾ OZ).
Chlor „ 7,75 g (¼ OZ).
Destillirtes Wasser 0,3 l (10 fluid ounces).

3. Dann 2 Minuten in Salzsäure 1:80, 2—3mal wiederholen. 4. 10 Minuten in Lösung No. 2. 5. Darauf in gleiche Theile einer 1% spirituösen Jodlösung und destillirten Wassers, bis die Schnitte wie die Lösung gefärbt sind. 6. 10 Minuten in Lösung No. 2 aufhellen und fixieren. 7. 2 Stunden in viel destillirtes Wasser legen. 8. In absoluten Alkohol, in Benzol, in Benzolbalsam. Deckglas. Die Schnitte sollen jeweils mit einem Pinsel oder Federkiel, nicht mit einem metallenen Instrument, herausgenommen werden. *Ganter.*

Shaw Bolton, *Joseph*, Morbid changes in dementia. The journal of mental science. April.

Eine sog. vorläufige Mittheilung. Verf. hat 6 Hinterhauptslappen mikroskopisch durchforscht; hier sollen nämlich weniger grobe Veränderungen vorkommen wie in den Stirnlappen. Er fand: 1. dass die Dicke der Pyramidenzellenschicht wechselt mit dem Grade der Amentia oder Dementia, und 2. dass die mikroskopisch nachgewiesenen krankhaften Veränderungen von dem Grade der Dementia allein abhängen, dagegen unabhängig sind von der Dauer der Geisteskrankheit. *Ganter.*

Shaw, *Henry*, Case of double-sacculated intra-cranial aneurysm. The journal of mental science. July.

Kranke von 50 Jahren mit halluzinatorischem Wahnsinn und Verfolgungsvorstellungen. Fast vollständige rechtsseitige Ophthalmoplegie. Tod durch Apoplexie. Sackförmiges Aneurysma in der Mitte der rechten Art. cerebri media, geborsten. Ein ebensolches der rechten Carotis interna an der Durchtrittsstelle durch die Dura. Herzhypertrophie, Atherom. Verf. sucht den Sitz der Störung mit dem rechten Gehörszentrum und den Gehörstäuschungen in Verbindung zu bringen.

[1]) Mit dem Mikrotom von *Cathcart* nach *Coats* Methode.

Erskine, A case of Glioma of the cerebrum. The journal of mental science. July.

Kranke von 25 Jahren. Mit 11 Jahren war sie auf den Kopf gefallen Vor 7 Jahren im Wochenbett Beginn der epileptischen Anfälle. Reizbarkeit Gewaltthätigkeit, Verblödung. Sektion: Geschwulst, einnehmend ²/₃ des rechten Frontallappens und die vordere Hälfte des Schläfenlappens. Folgt die mikroskopische Beschreibung an der Hand der Abbildungen.

Ganter.

Spicer, *Herbert*, A case of spontaneous fracture. The journal of mental science. October.

Die Sektion ergab bei einem Paralytiker eine Ruptur des rechten Leberlappens, bei einem anderen eine Luxation des Oberschenkels nach hinten. Bei einer 80jährigen Kranken fand sich eine Ruptur der aufsteigenden Aorta. Nirgends eine Veranlassung aufzufinden. Eine 85jährige Kranke hatte einen gebrochenen Oberschenkel, als sie sich nach Tisch erheben wollte. Eine 33jährige Frau, an chronischer Manie leidend, brach sich den Oberschenkel im oberen Drittel während eines Krampfanfalles zu Bette. Zwei Monate vorher war ihr wegen eines Scirrhus-Krebses die linke Brust amputirt worden. Die Sektion wies Metastasen an der Bruchstelle und in der Dura über dem rechten Parietallappen nach. Damit fanden Bruch und Krämpfe ihre Erklärung.

Ganter.

Turner, Some pathological changes met with in the great nerve cells of the insane, with special reference to the condition known as „Reaction at a distance". The journal of mental science. October.

Verf. untersuchte bei Geisteskranken in über 300 Fällen die Pyramidenzellen der vorderen Central- und Paracentralwindung. Er fand die gleichen Veränderungen in den Zellen, wie sie bei Thieren nach Durchschneidung der Nervenwurzeln auftreten (Reaction at a distance). Ebenso sind die Veränderungen im Gehirn und Rückenmark dieselben bei Thieren, deren Temperatur um 6—8° erhöht worden war, und bei Menschen mit länger dauernder fieberhafter Temperatursteigerung. Daran schlossen sich Untersuchungen über das Verhalten der Zellen nach deliriösen Zuständen.

Ganter.

Caselli, *Arnoldo*, Studi anatomici e sperimentali sulla Fisiopatologia della Glandula pituitaria (Hypophysis cerebri). Reggio-Emilia 1900.

Die schöne Monographie über den Hirnanhang, auf welcher der kürzlich verstorbene Verfasser zwei Jahre unausgesetzten Fleisses, experimen-

tirend im psychiatrischen Laboratorium zu Reggio, ohne die Befriedigung, sein Werk im Druck vollendet erscheinen zu sehen, verwendet hat, enthält auf 228 Seiten ausser der Vorrede des Herausgebers — Prof. *A. Tamburini*, — in 7 Kapiteln Alles, was bis jetzt an dem Gegenstand Interessirendes bekannt geworden ist:

1. Anatomie der Hypophysis,
2. Entwicklungsgeschichte,
3. Physiopathologie,
4. Beziehungen der Hypophysis zu anderen Organen,
5. Anomalien der Hypophysis beim Menschen (Alteraz. morfolog.),
6. Therapeutische Verwerthung der Hypophysis,
7. Die Entfernung der Hypophysis beim Menschen.

Aus den an 47 Hunden angestellten Experimenten zieht Verf. u. A. den Schluss, dass die Hypophysis direkt mit der Glykosurie nichts zu thun habe. Eine Reihe seiner Versuche an Hunden, Katzen, Meerschweinchen gilt dem Wachsthum der Knochen, das für die bekannte Akromegalie bei Tumoren der Hypophyse von Belang ist. Ein grosser Theil des Werkes ist der ausführlichen Beschreibung und bildlichen Darstellung eines Falles von Akromegalie nebst den therapeutischen Massnahmen gewidmet. Am Schädel des Betreffenden befand sich eine der selten vorkommenden morphologischen Anomalien, ein offener canalis spheno-pharyngens als Residuum des Weges, den die Rathke'sche Tasche bei der Entwicklung des Embryo nimmt.

Die Exstirpation der Hypophyse ist bei Hunden weniger gefährlich, da sie von der Gaumenfläche vorgenommen werden kann, als beim Menschen, wo sich die Operation der Geschwülste (gewöhnlich Adenome) für den operationswüthigen Chirurgen von einem der Scheitelbeine aus empfiehlt. Verf. hofft viel mehr von der pharmaceutischen Behandlung — Organtherapie —, für die schon einige günstige Erfolge vorliegen. *Fraenkel.*

Wallenberg, A., Giebt es centrifugale Bahnen aus dem Sehhügel zum Rückenmark? Neurolog. Centralblatt No. 2.

Verf. beschreibt — im Gegensatz zu *Probst*, welcher kaudalwärts verlaufende Thalamusfasern nicht über die proximale Brückengrenze verfolgen konnte — zwei Bahnen, welche er bei Katzen nach sagittaler Durchschneidung des Sehhügels vom Munde her kaudalwärts bis zum Rückenmark mit der Marchi-Methode verfolgen konnte. Verf. bezeichnet dieselben als Thalamusursprung des tiefen Markes zum Vorderstrang oder Sehhügelvorderstrangbahn und Thalamusursprung des Monakow'schen Bündels oder Sehhügelseitenstrangbahn. *Scheven.*

v. Muralt, L., Zur Kenntniss des Geruchsorganes bei menschlicher Hemicephalie. Neurolog. Centralblatt No. 2.

Verf. fand bei einer ausgetragenen hemicephalen Frucht, bei der jede Anlage des Riechlappens fehlte, dass die Riechschleimhaut, abgesehen von etwas plumperer Form der äusseren, ovalkernigen Zellen, ganz mit der normalen Riechschleimhaut übereinstimmte. Es zeigt dieser Befund, ebenso wie die früheren an der Retina und der häutigen Schnecke bei Missbildungen erhobenen, das Prinzip, dass die peripheren Sinnesorgane in ihrer Entwicklung in hohem Grade von der Entwicklung der zugehörigen nervösen Anlage unabhängig sind. *Scheven.*

Fajersztajn, J., Ein neues Silberimprägnationsverfahren als Mittel zur Färbung der Axencylinder. Vorläufige Mittheilung. Neurolog. Centralblatt No. 3.

Bei der mitgetheilten Methode werden die mit dem Gefriermikrotom hergestellten Schnitte von am besten in Formalin gehärtetem Material in einer ammoniakhaltigen Silberlösung mit Alkalizusatz imprägnirt. Die Reduktion geschieht durch Formalin (5%) auf dem Objektträger. Beide Prozeduren können zur Verstärkung der Färbung 1—2mal wiederholt werden. Bei dieser Methode treten fast alle in dem Präparat vorhandenen Axencylinder von dickerem und feinstem Kaliber, längs- und quergetroffen intensiv braun bis tiefschwarz auf farblosem oder diffus gelbem Grunde hervor. In wechselndem Grade sind zuweilen auch die Nervenzellen mit den Dendriten, sowie Gliaelemente gefärbt. Zur Differenzirung und Fixirung des Silberniederschlags können Gold- oder Platinchloridlösungen verwandt und so die Anwendung von Deckgläsern sowie grössere Haltbarkeit der Präparate ermöglicht werden. Ueber die Einzelheiten der Methode ist auf die Arbeit selbst zu verweisen. Auch für Chromhärtung ist die Methode unter besonderen Modifikationen geeignet. Der Mangel der Methode besteht vor allem in der Launenhaftigkeit der Tinktion, welche Verf. durch weitere Untersuchungen zu vermindern hofft. *Scheven.*

Bikeles, G., Zum Ursprung des dorsomedialen Sacralfeldes. Neurolog. Centralblatt No. 2.

In einem Falle von Tabes dorsalis, in welchem die lokal-tabischen Degenerationen ungewöhnlich excessiv das ganze Sacral-Lumbal-Brustmark und die oberen hinteren Wurzeln des Halsmarks betrafen, fand Verf. das mediane Feld im ganzen Sacralmark gerade so gut gefärbt, wie in einem ganz normalen Rückenmark. Hieraus folgt, dass dieses Gebiet — ebenso wie das centrale Hinterstrangfeld — bei weitem überwiegend endogene Fasern enthält. Die Höhe, in welcher diese anfangs über den Querschnitt

des Hinterstrangs zerstreuten, absteigend verlaufenden Fasern sich zu einem kompakten Bündel sammeln, scheint individuellen Unterschieden zu unterliegen. *Scheven.*

Gudden, H., Ueber eine neue Modifikation der Golgi'schen Silberimprägnirungsmethode. Neurolog. Centralblatt No. 4.

Verf. empfiehlt zur Silberimprägnation statt der Höllensteinlösung organische Silberverbindungen zu verwenden, welche viel tiefer in die Gewebe eindringen als die erstere. Verf. hat mit dem milchsauren Silber (Aktol) an Grosshirn- und Kleinhirnstücken von Paralytikern, welche erst 16 Stunden post mortem gewonnen waren und nur 14 Tage in Chromformol sich befanden, durchaus brauchbare Bilder erzielt. Allerdings eignen sich zu dieser Verwendung nicht alle der zahlreichen organischen Ag-Verbindungen in der gleichen Weise. *Scheven.*

Borst, M., Die psycho-reflektorische Facialisbahn (Bechterew) unter Zugrundelegung eines Falles von Tumor im Bereich des Thalamus opticus. Neurolog. Centralblatt No. 4.

Bei einem Falle, bei dem schon intra vitam die Diagnose auf einen Herd im Bereich des Sehhügels gestellt war, und bei welchem eine rechtsseitige psycho-reflektorische Facialislähmung mit ganz geringer willkürlicher Facialisparese bestanden hatte, ergab die pathologisch-anatomische Untersuchung ein sekundäres adenomatöses Cylinderepitheliom (Primärtumor in der Lunge), welches wesentlich im Haubenfeld des linken Hirnschenkels wuchs, dasselbe nahezu völlig substituirend. Die Neubildung griff auch auf das Haubenfeld des rechten Hirnschenkels über, die lateralen Partien derselben aber verschonend. Nach hinten schob sie sich in die Haubenregion der Brücke und die linke Kleinhirnhemisphäre vor, nach vorn verbreitete sie sich besonders in der Regis subthalamica, den linken Thalamus besonders hinten und medial komprimirend, wo sich auch dementsprechende Degenerationszonen an der Peripherie des Sehhügels nachweisen liessen. Zunächst zeigten sich also, ebenso wie in früher von Anderen veröffentlichten Fällen von psycho-reflektorischer Facialislähmung, hauptsächlich die hinteren (und medialen) Partien des Thalamus pathologisch verändert. Da ferner klinisch der linke Facialis vollständig intakt war, die Geschwulst aber in der rechten Hirnschenkelhaube die lateralen Partien verschont hatte, so ist nach Verf. die Annahme erlaubt, dass die Bechterew'sche psycho-reflektorische Facialisbahn in dem lateralen Abschnitt der Hirnschenkelhaube verläuft. *Scheven.*

v. Bechterew, W., Ueber ein wenig bekanntes Fasersystem an der Peripherie des antero-lateralen Abschnittes des Halsmarkes. Neurolog. Centralblatt No. 5.

Bezüglich des Olivenstranges (Dreikantenbahn von *Helweg*, Olivenbündel, Periolivarbündel) hält Verf. an der Ansicht fest, dass derselbe eine absteigende Bahn darstellt. Was den Ursprung dieses Bündels betrifft, so bleibt die Frage nach seinen Beziehungen zu den unteren Oliven noch offen. Verf. weist auf einige neuere Untersuchungen hin, welche direkte oder indirekte Beziehungen des Olivenbündels zu höher gelegenen Gebilden nahelegen. *Schewen.*

Bielschowsky, M., Zur Histologie der Compressionsveränderungen des Rückenmarks bei Wirbelgeschwülsten. Neurolog. Centralblatt No. 5, 6, 7, 8.

Verf. theilt in ausführlicher Weise die klinischen Beobachtungen und pathologisch-anatomischen Befunde bei 3 Fällen von Rückenmarkskompression durch Wirbeltumoren mit. Er bespricht dann des Näheren unter Heranziehung der neueren Erfahrungen die histologischen Verhältnisse in seinen Fällen. Im I. und III. derselben, in denen es sich um eine Karcinom-Metastase im 6.—8. bezw. im 1. und 2. Brustwirbel handelte, waren keinerlei entzündliche Veränderungen nachweisbar. Auffallend war das siebartig durchlöcherte Aussehen der Querschnitte, welches durch Quellung und Zerfall der Markscheiden in den erweiterten Gliamaschen bedingt war. Im Lumen und in der Randzone der Maschen zeigten sich zahlreiche Fettkörnchenzellen, die mit dem Markscheidenzerfall in Beziehung zu bringen sind. Im III. Fall waren bereits Ansätze zur Sklerosirung vorhanden. Die Lymphräume waren nirgends erweitert, jedoch fand sich überall pralle Blutfüllung, besonders an den kapillaren Gefässen und kleinen Venen, ferner eine Abplattung der grösseren Venenstämme in der Pia. In Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der neueren Autoren sieht Verf. in diesen Veränderungen das Ergebnis mechanischer Wirkungen. Eine echte venöse Stauung durch Kompression der aus der Peripherie verlaufenden Venenstämme ist nach Verf. neben der direkten Druckwirkung des Tumors auf das Parenchym hier vor Allem in Betracht zu ziehen. In dem II. Falle war trotz der geringen Grösse der komprimirenden Neubildung, welche sich als eine bohnengrosse Exostose präsentirte, der Zerfall des Parenchyms der weissen Substanz ein viel intensiverer. Der Querschnitt zeigte hier das Bild der gelben Erweichung, wie sie als 2. Stadium der akuten transversalen Myelitis beschrieben wird. Dennoch musste auch hier eine direkte Druckwirkung angenommen und die entzündlichen Erscheinungen als „reaktive" Entzündung angesehen werden, die im Wesentlichen der Ausdruck einer gesteigerten Resorption des ab-

gestorbenen Gewebes ist. Den eigenartigen Befund zahlreicher Nervenbündel im Sulcus ant. und in der Adventitia der zentralen Gefässe an der Kompressionsstelle erklärt Verf. lediglich als ein anatomisches Kuriosum, bei dem es sich um atypische, von der weissen Substanz des Vorderstranges abgesprengte Bündel und nicht etwa um regenerirte Fasern handelt. Schliesslich bespricht Verf., ebenfalls unter Heranziehung ähnlicher Beobachtungen aus der Literatur, die in seinem III. Falle neben den Kompressionsveränderungen besonders oberhalb der Kompressionsstelle bestehende Hydromyelie. Er kommt zu dem Schluss, dass in seinem Falle vor der Entwicklung der Karcinom-Metastase im Wirbelkörper bereits ein kongenitaler Hydromyelus bestanden hat, und dass durch den Druck des Tumors eine stärkere Erweiterung oberhalb der Kompressionsstelle herbeigeführt ist. *Scheven.*

Bikeles, G., Ein Fall von oberflächlicher Erweichung des Gesammtgebietes einer Arteria fossae Sylvii. Neurolog. Centralblatt No. 7.

In dem mitgetheilten Falle fanden sich im Gyrus frontalis inf. in den 2 unteren Dritteln der Gyri centrales, im Gyrus temporalis sup. und im ganzen Lobus parietalis inf. rechts — innerhalb der Rinde und unterhalb derselben — zahllose grössere und kleinere, dicht bei einander sitzende und häufig konfluirende Erweichungsherde, deren Bereich also dem Ausbreitungsgebiet der rechten Art. Fossae Sylvii entsprach. Anatomisch bemerkenswerth war in diesem Falle einmal das Fehlen einer Degeneration der eigentlichen Schleifenfasern, trotz der ausgedehnten Erweichung in den Gyri centrales und im Lobus parietalis inf. Ferner nahm die Degeneration (*Marchi*-Methode) in der inneren Kapsel wenigstens das ganze Areal wie bei Hemiplegie ein, trotzdem die Pyramidenfasern für die untere Extremität, wie die Rückenmarksbefunde zeigten, nicht erheblich gelitten hatten. Ebenso entsprach die Pyramidendegeneration im Hirnschenkel den Befunden, wie sie *Hoche* bei gleichmässigem Betroffensein der oberen und unteren Extremität gefunden. Es war hier also an eine hoch oben eintretende Vermengung von Pyramidenfasern verschiedener Gebiete zu denken. Klinisch interessant war der mitgetheilte Fall dadurch, dass trotz der so ausgedehnten Erweichung nur der linke untere Facialis gelähmt und der linke Hypoglossus paretisch war, während die motorische V-Wurzel, Augenmuskeln und Stirnfacialis intakt waren — ein Befund, der wohl damit in Zusammenhang steht, dass nicht ein grosser Herd, sondern zahllose kleine Herde vorlagen. Die sich auf Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindlichkeit erstreckende Hemianaesthesie sieht Verf. als eine funktionelle an in Anbetracht des Mangels von Erweichungsherden in der inneren Kapsel und den Basalganglien und des Erhaltenseins der zentralen Gebiete für die untere Extremität. *Scheven.*

Kaplan, _L._, Axencylinderfärbung. Neurolog. Centralblatt No. 8.

Das Verfahren ist kurz folgendes: Härtung in _Müller_'scher Flüssigkeit; Einbettung in Celloidin oder Paraffin. Färbung in 10 % wässeriger Anthraceneisengallustintenlösung, am besten im Brutschrank. Nach Auswaschen Differenziren nach _Pal_; Entwässern; Carbolxylol oder Cajeputöl; Xylocolophonium. Elektiv gefärbt wird hier eine Substanz des Axencylinders, welche nicht unmittelbar an der Zelle zu beginnen und sich nicht bis ganz an das Ende der Faser zu erstrecken scheint. _Scheven._

Wyrubow, _N._, Ueber die centralen Endungen und Veränderungen des 7. und 8. Hirnnerven. Neurolog. Centralblatt No. 10.

Verf. theilt die Befunde der Untersuchung eines Hirnstammes mit bei einem Falle von rechtsseitiger kompletter peripherer Lähmung beider Facialisäste infolge von Caries des Schläfenbeins. Es ergaben sich Degenerationen im Facialis und in den beiden Acusticusästen, welche in mehrfacher Hinsicht Neues bieten. Des Näheren muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden. _Scheven._

Kedzior, _L._, und _Zanietowsi_, _J._, Zur pathologischen Anatomie der Basedow'schen Krankheit. Neurolog. Centralblatt No. 12.

Die Verf. berichten über einen Fall von Morb. Basedowii, bei welchem sich bei der 'Sektion ausser frischeren und älteren haemorrhagischen Herden im Gehirn das linke Corpus rectiforme viel kleiner als das rechte zeigte. Mikroskopisch fanden sich im Gebiete des linken Strickkörpers relativ spärliche Fasern; ebenso schienen die linke Kleinhirnseitenstrangbahn und der linke Kern des X. Nerven kleiner als rechts zu sein. Die Verf. glauben, dass in diesem Falle die hauptsächlichen Veränderungen, die hier im linken Corpus restiforme vorlagen, als eine Grundlage der _Basedow_'schen Krankeit anzusehen sind. _Scheven._

Kron, _J._, Ein Beitrag zur Lehre über den Verlauf der Geschmacksfasern. Neurolog. Centralblatt No. 12.

Zu dem mitgetheilten Falle von Meningites basilaris bestand eine Anaesthesie im Gebiete des 1. und 2. rechten Quintus-Astes, eine geringe Hypaesthesie im Gebiete des 3. rechten Quintus-Astes. Die Geschmacksstörung war auf den vorderen 2 Dritteln der rechten Zungenhälfte dementsprechend gering und auch nicht gleichmässig für alle 4 Geschmacksarten vorhanden. Im Laufe der Hg-Behandlung wurde die Sensibilität im Gebiet des 3. Astes wieder fast normal, und damit ging parallel ein Verschwinden der geringfügigen Geschmacksstörung, während die Anaesthesie im Gebiet des 1. und 3. Astes nicht wesentlich abnahm. Dieser Befund

spricht nach Verf. mit der Deutlichkeit eines Experimentes für den Verlauf der Geschmacksfasern durch den 3. Ast des Trigeminus. Verf. bespricht im Anschluss an diesen Fall die mannigfaltigen Beobachtungen und Ansichten über den zentralen Verlauf der Geschmacksfasern, welche, sich vielfach widersprechend, zu einer einmüthigen Lösung dieser Frage noch nicht geführt haben. *Scheven.*

Obersteiner, *H.*, Ueber das Helweg'sche Bündel. Neurolog. Centralblatt No. 12.

Verf. theilt seine Befunde bei einem Fall von Gliom im Boden der Rautengrube mit, bei dem u. A. eine absteigende Degeneration des *Helweg*'schen Bündels vorlag, die sich bis zum Beginn des Dorsalmarkes verfolgen liess. Ueber den cerebralen Ursprung der Bahn gab auch dieser Fall keinen sicheren Aufschluss, wenn es auch am wahrscheinlichsten erschien, dass die meisten der degenerirten Fasern ihre Läsion durch den Tumor im Gebiete dorsal von der Olive erlitten hatten. *Scheven.*

Raimann, *E.*, Zur Technik der Marchi-Methode. Neurolog. Centralblatt No. 13.

Die vom Verf. angegebene Modifikation der Technik soll die Nachtheile des gewöhnlichen Verfahrens bei der Herstellung einer lückenlosen *Marchi*-Schnittreihe beseitigen. Verf. umgiesst die in *Müller*'scher Flüssigkeit gehärteten Präparate mit Wachs-Paraffin und sammelt die Schnitte in 12 nummerirten kleinen Glasdosen, so dass also Schnitt 1, 13, 25, 37 u. s. w. in Dose No. 1 zu finden sind. In den Dosen geschieht auch die Einwirkung der *Marchi*-Flüssigkeit durch 3–6 Tage auf die Schnitte, welche sich hierbei, auch bei geringen Mengen von Färbeflüssigkeit, durchaus gleichmässig und vollständig färben. Diese Technik ist besonders bei kleinen Thieren anzuwenden, wo die Differenzen zwischen den Schnitthöhen in einer Dose so deutlich sind, dass man über die Aufeinanderfolge der Schnitte nicht im Zweifel sein kann. *Scheven.*

v. Bechterew, *W.*, Das antero-mediale Bündel im Seitenstrange des Rückenmark. Neurolog. Centralblatt No. 14.

Verf. hat mit Hilfe der Entwicklungsmethode im vorderen Theil der seitlichen Grenzschicht *Flechsig's* in den oberen Abschnitten des Rückenmarks einen Faserzug abgegrenzt, welcher zu den Nervenzellen des Vorderhorns in nächster Beziehung steht, wie die Entartung des Bündels bei Zelldegeneration im Vorderhorn zeigt. Verf. bezeichnet diesen Faserzug, dessen distales Ende noch nicht festgestellt ist, als antero-mediales Seiten-

strangbündel zum Unterschiede von dem von ihm früher beschriebenen medialen, jetzt postero-medial genannten Seitenstrangbündel des Rückenmarks.

Scheven.

Jwanoff, J., Ueber die Bedingungen des Erscheinens und die Bedeutung der Varicosität der Protoplasmafortsätze der motorischen Zellen der Hirnrinde. Vorläufige Mittheilung. Neurolog. Centralblatt No. 15.

Auf Grund sorgfältiger und ausgedehnter Versuchsreihen, welche in einer besonderen Arbeit ausführlich veröffentlicht werden sollen, kommt Verf. zu dem Resultat, dass die bei der schnellen *Golgi*'schen Methode sich darstellenden Anhänge der Protoplasmafortsätze der Pyramidenzellen als ein integrirender Bestandtheil dieser Fortsätze anzusehen sind und dass das Verschwinden dieser Anhänge wie auch das Erscheinen von Varicosität an den Fortsätzen zu den schweren destruktiven Veränderungen der letzteren gezählt werden muss. Diese Veränderungen, insbesondere die Varicosität, kann bei der *Golgi*'schen Methode bei normalen Verältnissen schon dank der Methode auftreten, und zwar besonders infolge langsamen und ungleichmässigen Eindringens der Fixationsflüssigkeit. Ferner erscheinen die Veränderungen sehr leicht bei Leichenzersetzung und wahrscheinlich auch bei Lebzeiten unter dem Einfluss destruktiver Prozesse. Keinesfalls sind diese Veränderungen in Parallele mit Functionsäusserungen der Nervenzellen zu bringen. Vielmehr gehört die Theorie des Amöboismus der Nervenzellen zu den Hypothesen, welche jeder sicheren experimentellen Begründung entbehren.

Scheven.

Fickler, A., Zur Frage der Regeneration des Rückenmarks. Neurolog. Centralblatt. No. 16.

Entgegen den Ausführungen *Bielschowsky*'s (Neurolog. Centralbl. 1901 No. 5—8), welche bei einem Falle von Rückenmarkskompression in der Pia des Sulcus ant. und der Adventitia der centralen Gefässe an der Kompressionsstelle zahlreiche Nervenbündel fand und dieselben für atypische von der weissen Substanz des Vorderstranges abgesprengte Bündel erklärte, hält Verf., welcher früher ähnliche Befunde beschrieben hat, daran fest, dass es sich hier, wie wahrscheinlich auch in dem *B.*'schen Falle, um regenerirte Nervenfasern handelt, welche z. Th. die Verbindung zwischen Ganglienzellen in den der Kompressionsstelle benachbarten Rückenmarkssegmenten wieder herstellen, z. Th. als Ausläufer centraler Neurone die Verbindung mit den peripheren Neuronen zu erneuern suchen. Verf. sucht unter Heranziehung neuerer Befunde die einzelne Einwürfe *B.*'s gegen seine Annahme zu widerlegen und führt noch eine Reihe von Momenten zur weiteren Begründung seiner Auffassung an. Eine definitive Lösung der Frage durch

weitere experimentelle Untersuchungen über regeneratorische Vorgänge bei Rückenmarkskompression steht noch aus. *Scheven.*

Straussler, E., Eine Variation im Verlaufe der Pyramidenbahn. Neurolog. Centralblatt No. 18.

Bei einem Falle, bei dem 58 Tage vor dem Exitus eine Apoplexie mit Hemiplegie aufgetreten war, als deren anatomische Grundlage sich allein eine Thrombose der Art. Foss. Sylvii feststellen liess, ergab die Untersuchung mit der *Marchi*-Methode im Rückenmark einzelne Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde der Pyramidendegeneration, während in Hirnschenkel, Pons und Oblongata die Degeneration keine Besonderheiten aufwies. Im unteren Theil der Kreuzung zeigte sich zunächst eine Andeutung von *Hoche*'s „gekreuzter Vorderstrangbahn". Im gleichseitigen Seitenstrang fanden sich, am zahlreichsten im Dorsaltheil, zerstreute Degenerationsschollen. Im gekreuzten Seitenstrang reichte die Degeneration im Bereich der Kreuzung mit einer grossen Anzahl von Fasern bis an die Peripherie und nahm so das Areal der Kleinhirnseitenstrangbahn z. Th. ein; in der Cervicalanschwellung erstreckte sie sich hier in den Bereich des *Gowers*'schen Stranges, diesen zum grössten Theil einnehmend. Im Dorsalmark reichte die Degeneration des Pyramidenseitenstranges nach vorn bis über das Seitenhorn, sodass die seitliche Grenzschicht garnicht differenzirt erschien. *Scheven.*

Frey, E., Pathohistologische Untersuchung des Centralnervensystems in einem Falle von Sachs'scher familiärer amaurotischer Idiotie. Neurolog. Centralblatt No. 18.

In dem mitgetheilten Falle, der klinisch das typische Bild der *Sachs*schen Idiotie bot, fand sich an dem Centralnervensystem, vor Allem den Grosshirnhemisphären keine makroskopisch-morphologische Veränderung. Liess schon dieser Befund angeborene Entwickelungsfehler ausschliessen, so zeigte die histologische Untersuchung einen degenerativen Prozess im ganzen centralen Nervensystem, welcher das Individuum in extrauterinem Zustand befallen haben musste. Es fanden sich in der Hirnrinde Veränderungen der Pyramidenzellen und grosser Markmangel, ferner Degenerationen in Mittelhirn, Brücke, Kleinhirn und Oblongata. Besonders ausgesprochen war von der inneren Kapsel abwärts die Entartung der Pyramidenbahnen. Diese zeigten auch im Rückenmark die typische descendirende Degeneration. Im Rückenmark waren ferner Degenerationen in den Hintersträngen im Brust- und Halsmark, sowie in den *Gower*'schen Strängen und in der grauen Substanz besonders der Vorderhörner vorhanden. *Scheven.*

Higier, *H.*, Weiteres zur Klinik der Tay-Sachs'schen familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie. Neurolog. Centralblatt No. 18.

Verf. theilt 3 neue Fälle dieser seltenen und interessanten Krankheit mit, von denen 2 zwei Geschwister betrafen, und welche im Ganzen das typische Bild der Erkrankung darboten. Nach den bisher sehr spärlich vorliegenden pathologisch-anatomischen Befunden handelt es sich um einen degenerativen, nicht entzündlichen Prozess, der im Laufe des ersten Lebensjahres das normal ausgebildete, bezw. mangelhaft angelegte Centralnervensystem befällt. Neben den Degenerationen in Gehirn und Rückenmark sind an der Retina Atrophie vieler Sehnervenfasern, Oedem der Ganglienzellenschicht, Verdickung des äusseren Molekulärlagers und der *Henle*'schen Faserschicht im Gebiete der Macula lutea festgestellt worden. Bezüglich der Pathogenese bedarf besonders die Erkrankung der Macula in ihrer Beziehung zur Hirndegeneration noch weiterer Forschung. Aetiologisch interessant ist das auffallende Bevorzugtwerden von Sprösslingen jüdischer Familien. *Scheven.*

Bikeles, *G.*, Zur Kenntniss der Lagerung der motorischen Hirnnerven im Hirnschenkelfuss. Neurolog. Centralblatt No. 20.

Bei einem Falle, bei dem sich oberflächliche Erweichungsherde im Gebiet des ganzen Gyrus frontalis inf. und des unteren Theiles des Gyr. centralis ant. sowie ein kleiner Herd in Gyr. parietalis inf. fanden, ergab die Untersuchung mit der *Marchi*-Methode im Hirnschenkelfuss eine Degeneration im zweiten medialen Fünftel desselben, während die eigentliche Pyramidenbahn wie auch das Rückenmark, selbst im oberen Halsmark, von jeder Degeneration frei waren. In Anbetracht des Umstandes, dass im untersten Ponsabschnitt und in der Oblongata über den ganzen Querschnitt der Pyramidenbahn zerstreute Schollen sich fanden, welche auch unterhalb des Facialiskerns noch deutlich waren, war eine Degeneration der frontalen Brückenbahn auszuschliessen. Vielmehr war die vorliegende Degeneration nur auf die motorischen Hirnnerven zu beziehen. Dieser Befund bestätigt in evidenter Weise die Annahme, dass die Bahn dieser Nerven im Hirnschenkelfuss medial von der eigentliche Pyramidenbahn gelegen ist.

Scheven.

Parhon, *C.*, und *Goldstein*, *M.*, Die spinalen motorischen Lokalisationen und die Theorie der Metamerien. Neurolog. Centralblatt No. 20 und 21.

Die Verff. treten der Theorie von *Brissaud*'s und *van Gehuchten*'s von der segmentären motorischen Lokalisation im Rückenmark entgegen. Nach dieser Theorie steht jede der Zellgruppen der Hals- und Lenden-

anschwellung, in Verbindung mit der oberen bezw. unteren Extremität, der Innervation sämmtlicher Muskeln eines Extremitätensegments vor, unabhängig von der Anzahl und Function dieser Muskeln und von dem zugehörigen peripheren Nerven. Die Verff. haben bei Hunden sowohl an der hinteren Extremität die einzelnen Segmente exartikulirt und, nachdem die Thiere 14—19 Tage am Leben geblieben waren, das Rückenmark der entsprechenden Region in Serienschnitten untersucht. Auf die einzelnen Ergebnisse dieser Untersuchungen kann hier nicht eingegangen werden. Jedenfalls enthalten dieselben unzweifelhafte Thatsachen, welche gegen die Theorie von der segmentären Lokalisation sprechen, so dass dieselbe nach den Verff. heute nicht mehr aufrecht zu erhalten ist. Die Frage nun, ob die spinale motorische Lokalisation, wenn sie nicht segmentär ist, nervös oder muskulär ist, bedarf noch der Entscheidung. Die Zellgruppen im Rückenmark scheinen nicht immer ein und dasselbe darzustellen, indem sie bald das Innervationscentrum eines Muskels, eines Extremitätensegmentes, bald das Centrum eines Nerven oder eines seiner Aeste repräsentiren. Am meisten stimmt nach den Verff. mit den Thatsachen die Annahme überein, dass diese Lokalisationen mit den Functionen der Muskeln in Verbindung stehen, die motorischen spinalen Lokalisationen also functioneller Natur sind. *Scheven.*

Stransky, E., Zur Conservirung von Faserfärbungen. Neurolog. Centralblatt No. 21.

Für die Herstellung von Zupfpräparaten von Nerven — Färbung mit Osmiumsäure oder *Marchi*, Nachfärbung mit Saffranin — empfiehlt Verf. statt des Glycerins, welches den rothen Färbstoff sehr rasch auszieht, Paraffinöl (Paraffin. liquidum) zu verwenden, welches neben anderen Vorzügen den Farbenton der Präparate über Wochen und Monate unverändert lässt. *Scheven.*

Margulies, A., Ueber ein Teratom der Hypophyse bei einem Kaninchen. Neurolog. Centralblatt No. 22.

Es handelt sich um eine Geschwulst, welche aus einer Cyste mit mehrfachen Ausbuchtungen bestehend mit ihrem kaudalen Ende an das Tuber cinereum angeheftet war und nach vorne unter dem Chiasma und zwischen den Nn. optici lag. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die einzelnen Ausbuchtungen der Cyste mit verschiedenartigem Epithel ausgekleidet waren, das weitgehende Uebereinstimmung mit dem der Trachea, des Oesophagus, des Pylorus und Fundustheils des Magens zeigte, ferner dass in dem Bindegewebe zwischen den einzelnen Ausbuchtungen der Cyste Drüsen, glatte und quergestreifte Muskulatur, sowie hyaliner Knorpel eingebettet war. In Anbetracht des Umstandes, dass der Charakter der

einzelnen Cysten zweifellos auf eine Entstehung derselben aus dem inneren Keimblatt hinwies und sich keine Andeutung vom normalen Bau der Hypophyse fand, glaubt Verf., dass die Störungen in der Anlage eines einzigen Embryos eingesetzt haben, also keine Inclusio anzunehmen ist. Ueber die Art der Entwickelung des Teratoms, die jedenfalls in sehr früher embryonaler Periode eingesetzt haben musste, liess sich Sicheres nicht feststellen. Interessant ist an dem vorliegenden Befunde, dass der relativ kleine Theil des Entoderms, der zur Bildung des Teratoms verwendet wurde, sich im Sinne des ganzen Vorderdarms entwickelt hat, indem er Gewebstheile mit der Structur des Magens, Oesophagus, Trachea produzirte und dass das Mesoderm sich ganz im Sinne des den Vorderdarm begleitenden Mesoderms differenzirt hat, indem es Bindegewebe, Muskulatur, Knorpel lieferte, während es in der normalen Hypophyse nur Blutgefässe und das begleitende Bindegewebe produzirt. *Scheven.*

Köster, *G.*, Ueber den Ursprung des N. depressor. Neurolog. Centralblatt No. 22.

Verf. hat an Degenerationsbefunden bei Kaninchen festgestellt, dass der N. depressor aus dem oberen Pol des Ganglion jugulare entspringt, das auch den sensiblen Portionen des N. vagus und N. laryngeus sup. zum Ursprung dient. Die Endigung des N. depressor hat Verf. zunächst ebenfalls mit der Degenerationsmethode untersucht, indem er 5—7 Tage nach Durchschneidung des Depressor unterhalb des Ganglions den Thieren die Herzen mit den grossen Gefässen entnahm und dieselben nach vorhergehender *Marchi*färbung und Paraffineinbettung in Serienschnitte zerlegte. Die Untersuchung der letzteren ergab, dass in der Nähe des Ursprungs des Truncus anonymus und der Art. subclavia sin. die sich immer feiner auflösenden Nervenfasern in der Aorta enden. Sie umspinnen die letztere mit einem Netz feinster Nervenfädchen und dringen stellenweise deutlich in die Media ein. Dagegen konnten bei keinem Versuchsthier degenerirte Nervenfasern in das Herz selbst hinab verfolgt werden. Ferner gelang es dem Verf. auch experimentell durch einen der Blutwelle adäquaten Reiz von der Innenwand der Aorta aus eine Erregung des Depressor nachzuweisen. So ist histologisch und experimentell die Endigung des Depressor in der Aorta festgestellt. Der Nerv ist also nicht der sensible oder Reflexnerv des Herzmuskels, sondern er ist der sensible Nerv der Aorta.
Scheven.

Zacher, Ueber einen Fall von doppelseitigem, symmetrisch gelegenem Erweichungsherd im Stirnhirn und Neuritis optica. Neurolog. Centralblatt No. 23.

In dem beschriebenen Falle fand sich ein doppelseitiger Erweichungsherd im Stirnhirn, welcher in beiden Hemisphären genau auf die vordere

Hälfte beschränkt war, und der weniger die Rinde als die Marksubstanz innerhalb des Bereichs zerstört hatte. Da das ganze übrige Gehirn mit Einschluss von Pons und Medulla keine grössere Veränderungen zeigte, so konnten die klinischen Ausfallserscheinungen auf den Ausfall in der Funktion des Stirnhirns bezogen werden. Es traten nun weder motorische noch sensible oder sonstige somatische Störungen im Sinne einer Ausfallserscheinung auf. Denn die anfangs bestehenden Sprachstörungen und Schluckbeschwerden wie die Schwäche der Rumpf- uud Nackenmuskulatur waren, da sie vollständig wieder zurücktraten, auf Fernwirkung des Herdes zurückzuführen. (Die letztere Erscheinung spricht für die besonders von *Bruns* vertretene Ansicht über das Centrum der Rumpf- und Nackenmuskulatur im Stirnhirn.) Dagegen liessen sich eine Reihe von psychischen Krankheitserscheinungen als dauernd bestehende mit den durch beide Herde gesetzten Veränderungen in Verbindung bringen. Die hauptsächlichsten Erscheinungen waren: hochgradige Störung der Merkfähigkeit, Mangel jeglicher Reaktion auf äussere Vorgänge und auf Veränderungen, welche die Persönlichkeit des Kranken, bezw. seinen Körper betrafen, Fehlen jeglicher Initiative und geistigen Regsamkeit, grosse Ermüdbarkeit, Andeutung von Witzelsucht. Dabei zeigte der Kranke ein intaktes Gedächtniss für früher Erlerntes und Erlebtes, gab über geschäftliche und persönliche Verhältnisse richtige Auskunft und traf auch noch sachgemässe Bestimmungen. Neben dieser Herderkrankung war in dem vorliegenden Falle eine doppelseitige durch Blutungen complicirte Neuritis optica vorhanden, ohne dass ein Zusammenhang zwischen beiden Affektionen, wie überhaupt eine plausible Ursache für die Neuritis nachweisbar war.

Scheven.

Pettit, Louis L., The Pathology of insanity. American Journal of Insanity 1902, Vol. LVIII, No. 3.

Vortr. giebt einen Ueberblick über die Resultate von 56 Sektionen des Gehirns sowohl wie der übrigen Organe, die während des Jahres 1900 im Manhattan State Hospital vorgenommen wurden. Die Uebersicht über die theilweise ganz interessanten Fälle wird durch eine der Arbeit beigefügte Tabelle sehr erleichtert. Ein näheres Eingehen würde den Rahmen eines Referats überschreiten. *Behr.*

Frost, Henry P., Traumetic Encephalitis. American Journal of Insanity, Jan. 1902, Vol. LVIII, No. 3.

Vortr. berichtet über einen Fall von traumatischer Encephalitis. Es handelte sich um einen 51jährigen, erblich nicht belasteten, früher stets gesunden Maschinenführer, der sich bei einer Beschäftigung unter der Maschine eine Verletzung über dem rechten Ohr zuzog. Abgesehen von Kopfschmerzen war anfangs nichts nachweisbar, bis 28 Tage später ein

schwerer epileptischer Anfall mit Zungenbiss auftrat. Nach 2 Monaten wiederholte sich der Anfall, der Kranke, der bis dahin seinen Dienst versehen hatte, obwohl die Anfälle häufig wiederkehrten, wurde allmählich vergesslich, verwirrt und infolge auftretender Sinnestäuschungen erregt. In der Anstalt ergab die körperliche Untersuchung ganz normale Verhältnisse, besonders fehlten Lähmungserscheinungen völlig, psychisch war der Kranke dauernd erregt, völlig verwirrt, halluzinierte lebhaft und bekam häufig Anfälle, über deren Natur nähere Angaben fehlen. Unter zunehmendem Coma, bei steigender Temperatur und stark erhöhter Pulsfrequenz erfolgte der Tod.

Die Sektion ergab neben einer ausgedehnten frischen Hämorrhagie rechts in der äusseren Kapsel, die bis zum Linsenkern reichte und durch das Claustrum hindurch gebrochen war, mit dem Ventrikel aber nicht kommuniziert, symmetrische Erweichungsherde an den Spitzen beider Temporo-sphenoidallappen, rechts ausgedehnter und stärker hämorrhagisch, als links.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nur wenig Bemerkenswerthes. Es fand sich sowohl in dem Erweichungsherde wie in dem frischen hämorrhagischen Herde ein ausgedehnter Zerfall der nervösen Elemente, besonders der Nervenzellen. Die Gefässe waren in den Erweichungsherden stark erweitert, teilweise aneurysmatisch ausgebuchtet, die Wandung sehr zart, während die Gefässwände in der Umgebung des hämorrhagischen Herdes verdickt und kleinzellig infiltrirt waren. Vortr. ist der Ansicht, dass die Convulsionen sowohl wie die psychischen Erscheinungen Folgen der Erweichungsherde sind, die ihrerseits wieder direkt auf den Unfall zurückgeführt werden müssen, während der tödtliche hämorrhagische Herd seine Ursache in der Gefässveränderung findet. *Behr.*

Pellizzi, Patologia e Patogenesi dei Tumori di Tessuto nervoso. Riv. di Fren. Bd. XXVII, H. 3—4, S. 957—994.

Die Entwicklung der Geschwülste des Nervensystems, d. h. solcher, deren Gewebs-Elemente aus Nervenzellen-Fasern und Neuroglia bestehen, ist sehr unsicher, das *Virchow*'sche und von *Golgi* (1870) noch genauer begrenzte Gliom ausgenommen. Bei allen anderen hierher bezogenen Formen: Neurom, Neurofibrom, Neurogliom u. s. w. fehlt der sichere Nachweis echter Proliferation und Neubildung nervöser Elemente.

An den Fall einer 56 Jahre alten Bäuerin, die nach 14tägigem Aufenthalt in der Irrenanstalt von Turin an Herzschwäche verstarb, sucht Verf. jenen Nachweis zu führen. Pat., früher gesund, hatte seit 4 Jahren auf der linken Nasenhälfte, an der Stelle einer Warze, ein nussgrosses Epitheliom und seitdem einen Verfall ihrer Geisteskräfte gezeigt. Die äussere Besichtigung ergab: seniles Aussehen, hochgradige Abmagerung infolge des ausschliesslichen Genusses von Polenta, Pellagra-Schuppen auf

den Handrücken, Hyperorthokephalie (L. Br. Index 95), progeneen Unterkiefer, adhärirendes Ohrläppchen (i. c. Degenerationszeichen), Atherom der Schläfenarterien, Anämie der Schleimhäute, Pupillenstarre. — Sprache, Gedächniss fast null, Sensibilität gering. Motilität träge. Plantarreflex fehlt. — Die Sektion ergab am Schädel: reichliche Diploë, stark gespannte Dura bei leerem Längssinus, Pia wenig lösbar, etwas geröthet, verdickt in der Stirngegend. *Fraenkel.*

---

6. Specielle Pathologie und Therapie.

Ref.: Umpfenbach-Bonn und Schultze-Andernach.

Serieux, Paul, La démence précoce. Annales de la société de médecine de Gand. 1901. Troisième Fascicule.

Verf. bekennt sich durchaus zu der kurz wiedergegebenen *Kräpelin*'schen Lehre der Dementia praecox mit dem einen wesentlichen Unterschiede, dass er die eine Unterform der dementia paranoides, welche durch abenteuerliche, systematisirte Wahnideen charakteristisch ist (cf. *Kräpelin* 1899. II. pag. 188) nicht zur Dementia praecox gerechnet wissen will.

Er zweifelt nicht, dass die Dementia praecox ein einheitliches Krankheitsbild ist und dass diese Auschauung sich allmählich die allgemeine Anerkennung verschaffen wird, ebenso wie seiner Zeit bei der Paralyse, nachdem man auch hier den einzelnen Phasen des Leidens eine zu weitgehende Bedeutung und Selbständigkeit eingeräumt hatte.

Christian, Dementia praecox. Am. Journ. of insanity No. 2.

Verf, hat in 19 Jahren in Charenton 104 Fälle beobachtet; die Verhältniszahl zu den Aufnahmen im Ganzen giebt er nicht an. Unter den verschiedenen Synonymen spricht er sich für die Bezeichnung Juvenile Dementia oder Dementia praecox aus. Besonderen Werth möchte er legen auf die Neigung zu plötzlichen Gewaltausbrüchen, auch noch zur Zeit des terminalen Blödsinns. Die 28 Krankengeschichten sind zum Theil recht typisch. 56 Kranke unter den 104 waren unter 20 Jahre alt. Das weibliche Geschlecht ist wesentlich weniger erkrankt. In 43 % war erbliche Belastung nachweisbar.

Francotte, Xavier, Étude clinique sur le délire généralisé (Verwirrtheit, Confusion mentale) d'après 42 observations personnelles. Bulletin de la société de médecine de Belgique. Juin 1900. No. 97.

An der Hand von 42 eigenen Beobachtungen giebt Verf. eine ausführliche Schilderung des Krankheitsbildes der Verwirrtheit. Die Krankheitsdauer betrug durchschnittlich 6 Wochen bis 2 Monate. Das weibliche Geschlecht überwog sehr; von den Erkrankten waren 34 weiblichen, 8 männlichen Geschlechts. In der Aetiologie spielen Wochenbett und Infektionskrankheiten eine grosse Rolle. Wegen des Vorwiegens von Verdauungsstörungen im Krankheitsbilde kann man an Autointoxikation denken. $^1/_4$ der Kranken starb, in 68 % trat Heilung ein.

Rode, *Léon de*, De l'influence de la détention cellulaire sur l'état mental des condamnés. Rapport présenté au VI[e] congrès pénitentiaire international. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Septembre 1900. No. 98.

Einzelhaft schafft keine wesentlich grössere Zahl psychischer Erkrankungen als Kollektivhaft. Im Allgemeinen ist die in Einzelhaft auftretende Psychose weniger schwer und von geringerer Dauer als nach gemeinsamer Haft. Die Zahl der Einzelhaft-Psychosen lässt sich noch reduziren, indem man eine sorgfältige Auswahl trifft und alle die von der Einzelhaft ausschliesst, welche schon psychische Defekte hatten.

Dubois, Ueber intermittirende psychopathische Zustände. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte XXXI, No. 9.

Kasuistische Mittheilung, zwei Patienten betreffend, welche an Attaquen neurasthenisch-melancholischer Form leiden, welche seit Jahren alle 2 Tage auftreten. Die Kranken hatten somit abwechselnd einen guten und schlechten Tag. Da in beiden Fällen das Leiden mit dem 45. Lebensjahre einsetzte, so denkt Verf. an arteriosklerotische Prozesse der Gehirngefässe.

Psychotherapie war ohne jeglichen Erfolg.

In der Diskussion wurde zutreffend auf die nahe Beziehung obiger Fälle zu dem Krankheitsbilde des manisch-depressiven Irreseins hingewiesen.

Knotz, *Ignaz*, Ein Fall von Pseudobulbärparalyse mit einseitiger reflektorischer Pupillenstarre. Wiener medizinische Presse No. 45.

Der mit einem Herzklappenfehler behaftete, dem Potus ergebene Patient ist vor ca. 5 Jahren nach Auftreten verschiedener cerebraler Erscheinungen (Gesichtshalluzinationen, Schwindel) angeblich abgestürzt; darnach bewusstlos, einige Tage gänzlich verwirrt. Nach dem Erwachen aus der Somnolenz totale Lähmung des linken Oculomotorius, die sich unter Jodkali theilweise besserte. Dauernd fehlte aber mit der Zeit Reaktion der linken Pupille auf Licht, ebenso die konsensuelle Reaktion.

Nach etwa 3 Jahren wieder Schwindel, Kopfschmerz; ferner Sprach-, Schling-, Geschmacksstörungen. Wesentliche Besserung unter Jodkali und kräftiger Ernährung.

Einige Monate später Influenzabronchitis und materielle Sorgen. Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörung, leichte Verwirrtheit, homonyme rechtsseitige Hemianopsie, Neuritis der Optici. Besserung unter antiluetischer Behandlung.

Verf. vermuthet Zerstörung des linken Sphincterkernes. Er ist am ehesten geneigt, das ganze Krankheitsbild als eine Pseudobulbärparalyse anzusprechen. Bei seiner Entstehung spielt der Alkohol weniger eine Rolle als die Syphilis (Anamnese macht Lues der Frau wahrscheinlich; das sehr schwankende Verhalten der meisten Symptome; die ausgedehnte Betheiligung des Sehapparates; Auftreten von Gummata an den Rippen; eklatante Besserung durch Jodkali bezw. Schmierkur).

Bührer, *C.*, Ueber einen Fall von Unverricht'scher Myoclonie. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte XXXI, No. 7.

Die erblich mehrfach belastete 18jährige Patientin hat seit ihrem 12. Lebensjahre epileptische Anfälle, die an Intensität und Häufigkeit bis zum 14. Lebensjahre zunahmen. Dann Auftreten von unwillkürlichen Zuckungen der gesammten Körpermuskulatur, mit 15 Jahren musste die Kranke deshalb die Schule verlassen. Die epileptischen Anfalle bestanden fort; vorher waren die Zuckungen am stärksten, nachher am schwächsten. Seit einem Jahre „kurze Gedanken“.

Darauf Aufnahme in der Baseler Klinik. Unwillkürliche, schnellende blitzartige Muskelzuckungen, die die gesammte Körpermuskulatur betreffen, in wechselnder Aufeinanderfolge und regelloser Verbreitung. Besonders die Muskulatur des Schultergürtels und der oberen Extremitäten ist betheiligt. Unaufhörliche, symmetrische und asymmetrische Zuckungen der Zunge; das gleiche lebhafte Muskelspiel am Gaumen. Ebenso Gehen zeitweilig sehr behindert. Sistiren der Zuckungen in der Nacht, Verschlimmerung durch gemüthliche Alteration. Sprache langsam, träge, von schnalzenden, schluchzenden Lauten unterbrochen. Leichte Steigerung der Sehnenreflexe. Keine auffällige Alteration des geistigen Befindens, ausser leichter Unbesinnlichkeit und Vergesslichkeit.

Besserung unter Bromtherapie.

Ein Bruder der Kranken zeigt ähnliche, aber leichtere Zuckungen und epileptische Anfälle.

Verf. bespricht des Genaueren die Diagnose und möchte seinen Fall am ehesten als Myoclonie (*Unverricht*) ansehen.

Gámöry, Coloman, Ueber einen durch „Scheinoperation“ geheilten Fall von traumativer, postoperativer Psychose. Wiener medizinische Wochenschrift Bd. 51, No. 37 und 38.

Der psychopathisch nicht belastete, aber neurasthenische Kranke, ein Offizier, war seinerzeit wegen einer Leistenhernie nach Bapini operirt. Die Operation war durchaus gelungen. Zwei Jahre ohne jegliche Beschwerde. Dann aus geringfügiger Ursache (vor Allem wohl wegen wiederholter Rücksprache mit seinem aus andern Gründen konsultirten Arzte bezüglich jener Operation) die Vorstellung, die Operation sei nicht gelungen, die Narbe sei nicht in Ordnung; Furcht vor Rezidiven der Hernie. Zunehmende Verschlimmerung des psychischen Zustandes. Schmerzen und Parästhesien am Hoden und im Leistenkanal. Der Kranke beschäftigt sich nur mit diesen Klagen, spricht von nichts Anderm, entblösst und demonstrirt sich bei jeder Gelegenheit. Dabei Abnahme des Ernährungszustandes; zum Dienste völlig unbrauchbar. Immer energischer werdendes Verlangen nach einer Operation; diese soll die Bruchpforte, welche die unausgesetzt vorhandenen Beschwerden verursache, erweitern. Alle Belehrung erfolglos, ebenso eine Scheinoperation. Abtragung des Processus vermiformis nur von vorübergehendem Erfolg. Erneute Scheinoperation mit sehr energischer suggestiver Beeinflussung. Darnach Heilung, die schon drei Jahre anhält, so dass der Kranke wieder vollständig seinen Dienst verrichtet. Sein damaliger Zustand erscheint ihm jetzt ganz unbegreiflich, ja lächerlich.

Schuster, Zur Behandlung der Kinderkonvulsionen. Wiener medizinische Presse No. 44.

Die Eclampsie neonatorum befällt nicht selten Kinder, die aus Ehen latent syphilitischer Eltern stammen. Hierbei hat sich dem Verf. die subkutane Einverleibung 10 % Jodipins in der Menge von 10—15 Injektionen à 1,0 Gr. sehr bewährt. Nach Wegfall der Krämpfe empfiehlt sich noch die zeitweise spezifische Behandlung der Neugeborenen.

Herz, Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates. Wiener medizinische Presse No. 35ff.

Verf. hat recht, wenn er sagt, dass die nervösen Störungen, welche bei den Erkrankungen der inneren Organe zur Beobachtung kommen, in breiter Weise beschrieben sind, während die auf nervöser Basis zu stande kommenden Funktionsanomalien an den peripheren Kreislaufsapparaten meist recht stiefmütterlich oder gar nicht behandelt sind Das Meiste darüber findet sich in der neurologischen Literatur zerstreut, in den Arbeiten über Neurasthenie, Hysterie etc., oder in den unklaren Begriff der vasomotorischtrophischen Neurose hineingepresst. H. giebt dann in der Wiener Presse

eine ausführliche, und wie es scheint, erschöpfende Zusammenstellung der hierher gehörigen Störungen und zahlreiche kurze Krankengeschichten. Zu einem Referat eignet sich die grosse Arbeit nicht.

Coy, C. Mac, Report of a case of melancholia followed by stupor lasting three years and eight months; recovery. The journ. of nerv. & ment. dis. July.

Die Ueberschrift enthält das Wesentliche des Falles. Es betraf einen Trinker und Vagabunden. *Matusch.*

Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin, Reuther und Reichard, 1902.

Schiller und *Ziehen* geben zusammen eine Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der pädagogischen Psychologie und Physiologie heraus. Das vorliegende Heft gehört dazu, und ist das erste von dreien, in welchem *Ziehen* eine spezielle Darstellung der einzelnen Geisteskrankheiten des Kindesalters, sowohl die angeborenen wie der erworbenen, geben will. Er nimmt besondere Rücksicht auf das schulpflichtige Alter. Er theilt die Psychosen des Kindesalters ein in Psychosen mit Intelligenzdefekt oder Defektpsychosen, und Psychosen ohne Intelligenzdefekt. Intelligenzdefekt ist die krankhafte Armuth oder der Ausfall von Vorstellungen und associativen Vorstellungsverknüpfungen. Das vorliegende Heft enthält die Defektpsychosen. Dieselben sind ausnahmslos dadurch charakterisirt, dass bei der Sektion stets entweder makroskopisch oder mikroskopisch krankhafte Veränderungen der Grosshirnrinde sich nachweisen lassen. Der Ausfall von Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen entspricht dem Untergang von Ganglienzellen bezw. Nervenfasern der Rinde. Die Defektpsychosen sind demnach auch organische Psychosen. Dieselben sind angeboren oder erworben. Zu den angeborenen rechnet *Z.* auch die in den 3 ersten Lebensjahren erworbenen. Die angeborenen theilt *Z.* in Idiotie, Imbecillität im engeren Sinne und Debilität. Sie werden ausführlich behandelt in der Beibringung von Krankengeschichten. Die erworbenen Defektpsychosen (Dem. paralyt. und epileptica) werden nur kurz erwähnt.

Specht, Ueber den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Erlangen, Deichert'sche Verlagsbuchhandlung 1901.

Specht ist der Ansicht von *Kraepelin*, dass nur jene Fälle zur Paranoia zu zählen sind, bei denen sich von Anfang an klar erkennbar ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges heraus-

bildet. Diese Fälle sind selten. *Specht* sucht in vorliegender Arbeit zu beweisen, dass wenigstens bei der chronischen einfachen Paranoia nicht weniger wie bei den sogen. Affektpsychosen das Gefühlsleben primär krankhaft ergriffen ist. Die wahnhaften Gedanken der Paranoiker entstehen aus der gemüthlichen Verstimmung, nicht umgekehrt.

Jahrmärker, Ein Fall von Zwangsvorstellungen. Berliner klin. Wochenschr. No. 43.

J. bringt die sehr interessante Krankengeschichte einer 27jährigen Dame, welche dieselbe zum grossen Theil selbst niedergeschrieben hat. Die Zwangsvorstellungen gehen bis in die erste Kinderzeit hinein. Ein kurzes Referat ist nicht möglich. Der Fall ist hochinteressant für die Beziehung zwischen Zwangsvorstellung und Geisteskrankheit. Die Zwangsvorstellung durchkreuzt und hindert schliesslich jedes normale Denken und Handeln.

Fürst, Zusammenhang zwischen psychischer Verstimmung und chronischer Verstopfung. Wiener med. Presse No. 12.

F. hält uns Epigonen nicht ganz ohne Grund vor, dass wir die liebevolle Sorgfalt, welche unsere Vorfahren der Pflege der Darmthätigkeit widmeten, so sehr vermissen lassen. Die Obstipation nimmt in der Pathogone beginnender Nervenleiden eine der ersten Rollen ein. Leute mit chronischer Darmträgheit sind meist verstimmt, energielos, unlustig zur Arbeit und zum Vergnügen. Das lehrt der oft rasche und glänzende Erfolg der abführenden Quellen. Beginnende leichte Beeinträchtigungen der Psyche können oft noch durch Laxantien beseitigt werden; so treibt man Prophylaxe. In vielen Fällen fand *F.* in jahrelanger Verstopfung die Ursache für chronische Psychosen, namentlich Depressionszuständen, schweren Melancholien, vor Allem beim weiblichen Geschlecht; auch schweren Hysterien, Exaltationszuständen. Darmträgheit und Koprostase erhöht die Disposition zu psychischen Störungen. *F.* schwärmt — abgesehen von Regelung der Diät und dergl. — für den Gebrauch von Hunyadi-Janos.

Reckzeh, Nervöse Tachypnoe. Berliner klin. Wochenschr. No. 17 bis 19.

Verf. hat in der *Gerhardt*'schen Klinik unter 1155 mit funktionellen Neurosen behafteten Kranken, meist Neurastheniker und Hysterische, in 40 Fällen ausgesprochene Tachypnoe gefunden, bei 14 Männern und 26 Frauen. Tachypnoe ist eine Erhöhung der Athemfrequenz auf 40 und mehr Athemzüge in der Minute. Ein organisches Leiden war in den Fällen

ausgeschlossen. In 7 Fällen bestand Heredität; in einem Falle wurde das Leiden von beiden Eltern auf 6 Kinder vererbt. Sonst spielt Potus, Trauma, psychische Depression, Schrecken und dergl. eine Rolle. Erkrankungen der Sexualorgane sind relativ häufig dabei. Es giebt eine dauernde und eine paroxismale Tachypnoe. *R.* glaubt eine Alteration der nervösen Zentralorgane annehmen zu müssen. Die Prognose ist im Ganzen günstig.

Rosenfeld, Zur Trionalintoxikation. Berliner klin. Wochenschr. No. 20.

Es handelt sich um eine Intoxikation mit letalem Ausgang im Verlauf eines unter dem Bilde der halluzinatorischen Paranoia verlaufenden Verblödungsprosses. Der betreffende 28jährige Kranke war schlecht genährt. Das Trional wurde unter den üblichen Kautelen gegeben, Dosen von 1 Gr., nicht regelmässig. Es trat dann auf: Schwindel, taumelnder Gang, Erlöschen der Reflexe, auffallend tiefe Respiration, schliesslich Hämatoporphyrie. Sektionsbefund im Wesentlichen negativ. *R.* erwähnt noch einige Thierversuche. Bei Kaninchen, die im Hungerzustande Trional erhielten, traten dieselben Erscheinungen auf.

v. Halben, Ueber juvenile Tabes nebst Bemerkungen über symptomatische Migräne. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XX.

H. will zwischen infantiler und juveniler Tabes keinen Unterschied machen, da Syphilis die Ursache beider ist und es gleichgiltig sei, ob die Krankheit einige Jahre früher oder später einsetzt. Aus der Literatur stellt *H.* 29 Fälle von juveniler Tabes, 7 Fälle von Taboparalyse und 11 Fälle zusammen, bei welchen es zweifelhaft ist, ob Tabes oder Taboparalyse vorgelegen hat. Er selbst bringt dann 2 Fälle von juveniler Tabes und 2 Fälle von Taboparalyse bei. Die Kranken sind 16—24 Jahre alt. Die Symptome der juvenilen Tabes entsprachen im Ganzen denen der Tabes der Erwachsenen, doch traten die subjektiven Symptome mehr zurück. Die hereditär-luetische und die acquirirt-luetische Tabes sind dieselben Krankheiten, abgesehen von unbedeutenden Differenzen. In 75 % fand *H.* Lues bestimmt vorhanden. Eine familiäre Disposition des Zentralnervensystems für Tabes und Paralyse giebt es. Die Disposition allein genügt nicht, die Lues ist eine conditio sine qua non. Wir dürfen annehmen, dass die Kinder von Individuen, welche Lues durchgemacht haben, gegen eine Infektion von Syphilis meist immun sind, d. h. sie entweder gar nicht, oder nur in leichter Form bekommen, weshalb sie keine Tabes oder Paralyse mehr zur Folge hat. Acquiriren aber Individuen Lues, und somit ihre Tabes oder progressive Paralyse, so ist das ein Beweis, dass in der Ascendenz keine Lues war, also auch keine Tabes, keine Paralyse sein konnte. Bei Individuen, welche von Tabikern oder Paralytikern abstammen,

ohne mit hereditärer Lues behaftet zu sein, ist zwar die Disposition des Zentralnervensystems für diese Krankheit vorhanden, sie bekommen sie aber nicht, weil sie gegen Syphilis immun sind, in Folge der Syphilis der Eltern. Bei den hereditär luetischen Fällen ist Beides vorhanden, die Lues und die hereditäre Disposition des Zentralnervensystems für Tabes und progressive Paralyse. Besonders macht *H.* auf die Sensibilitätsstörungen aufmerksam. Die Hemicranie wird ausführlich besprochen als Frühsymptom der Tabes und als Symptom der hereditären Lues; oft ist sie das einzige Symptom der Lues. Verf. bringt dafür 4 Fälle bei.

Schüller, Eifersuchtswahn bei Frauen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. XX.

Sch. bringt 14 zum Theil recht interessante Krankengeschichten, worunter er einer Gruppe die Bezeichnung Laktationseifersuchtswahn giebt. Der Wahn ist im Ganzen nicht häufig. Unter den 1975 weiblichen Aufnahmen der Wiener II. psychiatrischen Klinik während dreier Jahre kamen nur 27 Fälle von Eifersuchtswahn zur Beobachtung: 9mal bei Paranoia, 6mal bei akuten Psychosen, 5mal bei Alkoh. chron., 4mal bei Degenerirten, 3mal bei Paralyse. Da unter den 6 Fällen mit Eifersuchtswahn bei akuten Psychosen sämmtliche als Laktationseifersuchtswahn, unter den paranoischen Fällen 4 als klimakterischer Eifersuchtswahn anzusprechen sind, so drängt sich die Nothwendigkeit auf, einerseits bei der im Anschluss an die Laktation und das Klimakterium in Erscheinung tretenden Eifersucht die Möglichkeit ihres wahnhaften Charakters zu berücksichtigen, andererseits in den Fällen von Eifersuchtswahn mit unklarer Aetiologie stets nach dem Zusammenhang mit Laktation und Klimakterium zu forschen. Der hysterische Eifersuchtswahn tritt meist schon in den ersten Jahren der Ehe auf, der paranoische, alkoholische und paralytische meist erst in den Rückbildungsjahren. Verf. macht noch auf die Wichtigkeit in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht aufmerksam.

Soukhanoff, Contribution à l'étude des perversions sexuelles. Annal. méd.-psych. Janv.-Févr., Mars-Avril.

Es handelt sich um einen 27jährigen, erblich belasteten, geistig schwach beanlagten Mann, der von Jugend auf masturbirte, dann merkte, dass er bei Anblick urinierender und defäcirender Weiber sexuell erregt wurde. Schliesslich genügte ihm dies nicht mehr. Er suchte sich Bedürfnissanstalten aus, wo es ihm unbemerkt möglich war, sich durch die Weiber Urin und Fäces direkt in seine Hohlhand deponiren zu lassen. Den Urin schlürfte er dann aus der Hand, ohne Ekel zu haben. Auch Fäces schluckt er auf diese Weise, doch wurde ihm das bald zuwider. Er bekam durch das Manöver Erektion und Ejakulationen. — Schliesslich bekam er ein Ekzem an den Lippen und bildete sich nun ein, Syphilis akquirirt zu

haben, deshalb lief er nun von einem Arzt zum andern. Mit Weibern verkehrte er sonst sexuell nicht; Coitus misslang ihm. *S.* hält dafür, dass sexuelle Perversitäten immer ein Zeichen der Degeneration sind.

v. Czyhlarz und *Marburg*, Ueber cerebrale Blasenstörungen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XX, 1.

Verf. verstehen unter cerebralen Blasenstörungen alle jene, die im Verlauf von cerebralen Störungen auftreten, solange dieselben ohne Störung des Bewusstseins und der Psyche einhergehen, vorausgesetzt selbstverständlich völlige Intaktheit des übrigen nervös- und kutös-drüsigen Blasenapparates. Frühere Versuche an Thieren haben gezeigt, dass in der motorischen Rindenregion sich ein Zentrum befindet, durch dessen Reizung Blasenbewegungen auftreten, dass dieses Zentrum sich durch Bahnen, die in den Pedunc. cerebri verlaufen, mit dem Rückenmark in Verbindung setzt; dass daneben auch ein subcorticales Zentrum im Thalamus besteht, das durch Bahnen im vorderen Abschnitt der inneren Kapsel und in der Haube des Vierhügels mit über- und untergeordneten Zentren in Verbindung tritt. Die bisher in der Literatur bekannten hierhergehörigen Fälle, welche Verf. beibringen, machen es sehr wahrscheinlich, dass das Rindenfeld der Blase sich in der motorischen Zone befindet und zwar am Uebergang vom Arm- zum Beinzentrum etwa in der Gegend, wo nach *Obersteiners* Schema das Hüftzentrum zu suchen ist. Der klinische Charakter dieser Störung ist das Unvermögen, willkürlich zu uriniren, also der Retentio urinae, welche bei einseitigem Herde oben genannter Region vorübergehender Natur ist. Bezüglich doppelseitiger Herde ist zur Zeit noch kein Urtheil möglich. Des Weiteren kommen Verf. zu der Annahme dreier getrennter Zentren für die Blaseninnervation vom Gehirn aus; das erste beherrscht die willkürlichen Bewegungen und sitzt als solches in der Rinde; das zweite subcorticale nehmen sie für die auf bewusste Empfindung erfolgenden automatischen Blasenbewegungen in Anspruch, es liegt im Corpus striatum; und ein drittes reagirt auf Affektreize und spielt natürlich dort eine Rolle, wo der Affekt am meisten wirkt, bei Kindern und psychopatischen Frauen, während es beim Erwachsenen nur im höchsten Affekt zur Geltung kommen kann, wo die Beherrschung durch den Willen fortfällt. Aus den beigebrachten Fällen geht das Bestehen zentraler Blasenstörungen unleugbar hervor; auch wird wahrscheinlich, dass das Kleinhirn auch einen Einfluss auf die Blasenfunktion ausübt. Man könnte sich dies so vorstellen, dass das Kleinhirn eine durch Pyramidenaffektion bedingte Retention eher als sonst zur Inkontinenz führt, dass seine Läsion eine Steigerung der bestehenden Blasenaffektion zur Folge hat. Die Verf. behaupten schliesslich: es gebe im Gehirn 3 Zentren, das erste als corticales in der motorischen Region, ein zweites im Corpus striatum für auf bewusste Empfindung automatisch erfolgende Miktionen,

ein drittes im Thalamus für die auf Affektreize stattfindenden Blasenbewegungen; es seien die cerebrospinalen motorischen Bahnen, welche diese Zentren mit dem Conus verbinden; dabei spielen die Pyramidenbahnen eine hervorragende Rolle; schliesslich sei es wahrscheinlich, dass dem Kleinhirn ein gewisser Einfluss auf die Miktion zufällt. Sie fanden, dass corticale und Leitungsläsionen zum Unvermögen willkürlicher Harnentleerung, zur Retention führen, das subcorticale, ev. auch Cerebellarerkrankungen Inkontinenz erzeugen, resp. steigern.

Pilcz, Zur Frage des myxödematösen Irreseins und der Schilddrüsentherapie bei Psychosen überhaupt. Jahrb. f. Psych. u. Neur. XX, 1.

Bei Myxoedem ist das Seelenleben immer verändert; es besteht eine eigenthümliche Denkhemmung, ein gleichgültiges, theilnahmloses Wesen, Schlafsucht, Abnahme des Gedächtnisses. *P.* beschäftigt sich mit den eigentlichen Psychosen. Dieselben können ein Symptom des Myxoedem sein, oder aber als Kombination auftreten. Ausgesprochene Psychosen bei Myxoedem sind nicht selten; sie haben ihrer Erscheinungsweise nach nichts Gemeinsames; man sieht alle möglichen auch bei funktionellen Psychosen vorkommende Formen, manische und melancholische Zustandsbilder, Verfolgungs- und Grössenideen, Halluzinationen, Verwirrtheit etc. Im Allgemeinen kann man sagen, dass bei Myxoedem mit konsekutiven Seelenstörungen letztere durch ersteres bedingt sind, bei Psychosen, wo das Myxoedem erst viel später auftritt, nicht. Doch kann es in letzterer Beziehung auch Ausnahmen geben. Das Prodromalstadium des Myxoedem kann längere Zeit dauern, es zeigen sich dann Schlafsucht, gedrückte Stimmung etc., was bereits auf Veränderungen des Zentralnervensystems hinweist. Gewöhnlich gehen die körperlichen und allgemein nervös-psychischen Symptome des Myxoedem der eigentlichen Geistesstörung voraus; selten ist das zeitliche Verhältniss das umgekehrte. Die Zusammengehörigkeit der Psychose und des Myxoedem wird durch die gleiche Reaktion auf Thyreoidbehandlung erwiesen. Von einem myxoedematösen Irresein kann man erst mit Bestimmtheit sprechen, wenn deutliche körperliche Erscheinungen vorhanden sind. Myxoedem ist seltener bei Männern. Unter 40 Fällen von myxoedematösen Geistesstörungen der Literatur befanden sich nur 5 Männer. Auch den Fall, welchen *P.* beibringt, betraf eine Frau. *P.* stellt zum Schluss noch die Literatur zusammen, soweit sie die Thyreoidbehandlung bei sonstigen Psychosen betrifft. Die Erfahrungen regen nicht zu weiteren Versuchen an.

Raimann, Beiträge zur Lehre von den alkoholischen Augenmuskellähmungen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XX, 1.

Die alkoholische Ophthalmoplegien sind peripher oder zentral, entweder Neuritis oder Polioencephalitis superior (*Wernicke*). Periphere Lähmungen bringt die Literatur wenig. *R.* bringt zunächst einen neuen Fall zentraler Lähmung. Ein 45jähriger Potator strenus erkrankt an einer Psychose asthenischen Charakters mit beiderseitiger Abducensschwäche, starren Pupillen. Nach 10 Tagen exitus. Die Sektion ergiebt einen hämorrhagischen Prozess, der auf das zentrale Grau der hinteren Partien des III. Ventrikels, des Aquaeductus Sylvii und der IV. Hirnkammer sich beschränkt. Die Lehrbücher der Psychiatrie enthalten nichts über das Vorkommen von Augenmuskelstörungen bei Delirium alcoh. *Bonhoeffer* bringt einige Fälle. *B.* glaubt, dass die Lähmungen oft übersehen werden. Er hat deshalb mal die in gewisser Zeit auf der *Wagner*'schen Klinik aufgenommenen Alkoholdeliranten genauer untersucht, und unter 44 Fällen in 7 Fällen deutliche Augenmuskelstörungen gefunden, also in 15%; dabei hat er leichte Störungen und nicht ganz sichere Störungen nicht berechnet. Delirium und Augenmuskelstörungen sind coordinirt; beide sind verursacht durch endogene Stoffwechselgifte, welche sich unter dem Einfluss von chronischem Alkoholmissbrauch bilden. Unter 50 Fällen von *Korsakoff* der Literatur fand *R.* 15mal Augenmuskelstörungen erwähnt. Unter 95 Fällen von Polyneuritis der Alkoholiker 31mal Ophthalmoplegien. Verf. fand unter 207 Alkoholikern, welche unter akuten Intoxikationserscheinungen erkrankt waren, 52mal Störungen der Innervation der Augenmuskel. Am häufigsten sind Pupillenstörungen; sie treten für sich oder mit Störungen der äusseren Bulbusmuskeln auf; unter letzteren ist am häufigsten der musc. rectus int. befallen. Ptosis ist nicht selten. Die Lähmungen können rasch verschwinden, aber auch monatelang bis jahrelang dauern. *R.* hält den zentralen Ursprung aller alkoholischen Ophthalmoplegien für sehr wahrscheinlich. Sichere differentialdiagnostische Unterscheidungsmerkmale zwischen manchen Fällen von alkoh. Cerebropathien und Paralysis prog. giebt es nicht; oft ist die Diagnose nur aus dem weiteren Krankheitsverlauf zu stellen. Der zentrale Sitz des Lähmungsprozesses ist sicher: wenn eine progressive Lähmung der äusseren Augenmuskel sich entwickelt mit Freibleiben der inneren Muskulatur; wenn die Lichtreaktion der Pupillen verschwindet bei erhaltener Accomodation und accomodativer Pupillenreaktion, wenn der Sphincter gelähmt ist bei erhaltener Accomodation; wenn eine Oculomotorius-Lähmung mit Miosis sich verbindet; und 5. bei reiner Ophthalmoplegia interna. Therapeutisch warnt *R.* vor Opium; er befürwortet primo loco Beförderung der diversen Ausscheidungen, um die Giftstoffe zu entfernen.

Pick, Ueber eine neuartige Form von Paramnesie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XX, 1.

Die Form der Paramnesie, die von der Empfindung begleitet ist, eine eben sich vollziehende Situation schon einmal in gleicher Weise durch-

lebt zu haben, ist die typische und am häufigsten vorkommende. *Pick* bringt heute das Gegenstück. Sein Kranker bewahrt das Kontinuum eines einmaligen Erlebnisses in seiner Erinnerung als ein doppeltes oder mehrmaliges auf. Es handelt sich um einen 48jährigen Paralytiker. Er behauptet z. B., er habe (statt eines) zwei Brüder am selben Ort, mit demselben Namen, dem gleichen Beruf, der gleichen Zahl Kinder. Er erkennt die ihm lange bekannte Wohnung seines Schwagers nicht wieder; dieselbe kommt ihm nur bekannt vor; er ist bereits in mehreren Anstalten (statt in einer!) gewesen, findet es merkwürdig, dass an allen Thüren sein Name steht etc. *Pick* selbst existirt 2 oder 3mal; statt einer Stadt Prag giebt es deren zwei. *Pick* analysirt dann den interessanten Fall. In der Sprache *Wernickes* ist das Bewusstsein der Körperlichkeit ebenso wie das der Persönlichkeit ungestört; die Störung verläuft rein im Bewusstsein der Aussenwelt. Die einzelnen Vorstellungsgruppen gehen keine genügende Verbindung mehr mit einander ein; ein bestimmter Nucleus von Erinnerungsbildern haftet wohl fest, es kommt aber nicht zu einer Association der Vorstellungsreihen. Die Erinnerungsbilder können kein Continuum mehr konstituiren; sie zerfallen deshalb vielmehr in ein Mehrfaches oder Vielfaches von Erinnerungen.

Boumann, L., Geisteskrankheit bei Zwillingen. Psychiatr. und neurolog. Bladen 3.

Geisteskrankheit bei Zwillingen kommt selten vor. Nach der die gesammte Literatur berücksichtigenden Arbeit von *Soukhanoff* sind bisher 30 Fälle beobachtet worden. Verf. berichtet kurz über die Krankengeschichte von zwei Zwillingsschwestern, welche, 18 Jahre alt, nach einer Influenza unter dem Bilde der Amentia von Meynert erkrankten. Im Verlaufe der Erkrankung zeigt sich bei beiden Schwestern ein merkwürdiges Uebereinstimmen der Erscheinungen. Sie werden auch beide geheilt und ungefähr zu derselben Zeit entlassen. Unter Benutzung einer reichlichen Literatur lässt sich Verf. des Weitern aus über die Heredität und die Aetiologie der seltenen Erkrankung und macht vor Allem auf die Verschiedenheiten der Folie gémellaire und der Folie communiquée aufmerksam, ein Unterschied, der von den Bearbeitern nicht immer berücksichtigt ist. — In einer Nachschrift berichtet Verfasser noch über 2 weitere Fälle von Geisteskrankheit bei Zwillingen. *Serger.*

Soukhanoff, Sur la folie gémellaire. Annal. méd.-psych. 1900. Sept.-Oct.

S. hat aus der Literatur 29 Fälle von Zwillingsirresein zusammengestellt, 17mal handelt es sich um Mädchen, 11mal um Knaben, in einem Fall war das Geschlecht nicht angegeben. Er glaubt, man müsse das Zwillingsirresein mehr von dem inducirten Irresein trennen. Er bringt

dann die sehr interessante Krankengeschichte von zwei Brüdern in den dreissiger Jahren, welche dieselbe Erziehung genossen hatten, in denselben Schulen etc. waren, und dann völlig unabhängig von einander beide an Dementia praecox erkranken. Nur die congenitale Anlage könne hier als ätiologisches Moment herangezogen werden. Beide Brüder waren von Kindheit an etwas auffallend.

Beelitz, Pseudologia phantastica und Selbstmordversuch bei einem Kinde. Der Irrenfreund No. 9 und 10.

Der höchst interessante Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen, aus einer Selbstmörderfamilie stammend; 3 Verwandte der Mutter und 1 Bruder der Kranken endeten durch Selbstmord. Sie selbst war von Kindheit an nicht ganz vollwerthig. Seit 2 Jahren Hang zur Lüge; sie verschwindet, macht grosse Reisen, schreibt Romane, die sie an Verleger schickt, versucht schliesslich durch Sturz aus dem Fenster sich das Leben zu nehmen, wie sie im Testament angiebt, aus unglücklicher Liebe. — Bald darauf setzen die ersten Menses ein. — Auf die weitere Entwicklung des Kindes darf man gespannt sein!

Naecke-Steinitz, Sieben Tage lang anhaltende, völlige und plötzlich nach Chloroform-Asphyxie eintretende Aufhellung des Geistes bei einem sekundär verwirrten Geisteskranken. Irrenfreund.

Eine 50jährige blutarme Kranke, welche seit 2 Jahren verwirrt ist, voll Wahnideen steckt, sich äusserlich verkommen lässt, muss wegen Verletzung am Unterleib durch Fall chloroformirt werden. Der chirurgische Eingriff etc. gelingt. Nach 10 Tagen muss die Narkose wiederholt werden, da die Kranke sich gegen das Herausnehmen der Nadeln sträubt. Nach wenigen Augenblicken eine schwere Asphyxie; erst nach 2 Stunden funktioniren Herz und Lungen wieder, dann tritt aber ein 2½ stündiger allgemeiner klonisch-tonischer Krampfzustand ein, der erst nach Morphium-Injektion schwindet, um einem 15stündigen Schlaf Platz zu machen. Aus diesem erwacht Pat. vollständig geordnet, bis auf verschiedene Erinnerungsdefekte geistig gesund, und bleibt es während 7 Tagen, — nach weiteren 3 Tagen ist der alte verworrene Zustand wieder eingetreten, der dann bis zum bald erfolgenden Tod andauert.

Näcke, Zur Pathogenese und Klinik der Wadenkrämpfe. Neurolog. Centralblatt No. 7.

Féré hat neuerdings die Aufmerksamkeit auf die Wadenkrämpfe gelenkt. Er setzt in der Genese heftige Verkürzung der Muskeln oder eine Entspannung an erste Stelle, wobei Ermüdungszustände, nervöse, hysterische

epileptische, namentlich paralytische Zustände begünstigend wirken. Für Ermüdung spricht das häufige Auftreten der Krämpfe bei Nacht; doch leiden Soldaten, Schwimmer, Bergsteiger selten an Wadenkrämpfen. Verkürzungen und Druck findet in Bettlage auch meist nicht statt. Das chemische Reize eine gewisse Rolle spielen, sieht man aus den häufigen Wadenkrämpfen bei Cholera, Typhus, Diabetes, Blei-, Arsen-, Schwefel-Vergiftung und dergl. Auch bei Schwangerschaft, Obstipation sieht man dieselben. Eine abnorme Beschaffenheit des Blutes ist wohl anzunehmen. *N.* sah bei Nervösen und Epileptikern Wadenkrämpfe nicht häufiger als bei anderen Menschen; auch nicht bei Geisteskranken. Lumbago ist vielleicht auch eine Krampfform. Weshalb die Krämpfe so häufig Wadenkrämpfe sind, weiss man nicht, auch nicht, weshalb sie meist einseitig auftreten; die rechte Wade scheint häufiger befallen als die linke. Die Dauer der Krämpfe schwankt; es giebt auch Abortivkrämpfe. Die Crampi sind meist peripher bedingt, zentral selten, sonst müssten sie bei den Psychosen häufiger beobachtet werden, z. B. bei Paralyse. Wadenkrämpfe kommen übrigens bei Thieren nach *Dexler* nicht vor.

Näcke, Ein Beitrag zur gegenseitigen Beeinflussung der Geisteskranken (Fall von „musikalischer Infektion“). Neurolog. Centralblatt No. 14.

N. macht mit Recht darauf aufmerksam, dass eine psychische Infektion innerhalb der Anstalt viel seltener ist als z. B. in der Familie. Er schiebt dies darauf, dass die Kranken meist mit sich selbst beschäftigt sind, auch wohl in gewisser Ueberhebung mit Spott auf die Wahnideen ihrer Leidensgenossen herabsehen. Meist sind die Kranken auch apathischer, moralisch stumpfer geworden, um noch tiefen Antheil am Denken und Treiben der Andern zu nehmen. Schwachsinnige und Paralytiker nehmen wohl mal vorübergehend Wahnideen an, in Folge grösserer Leichtgläubigkeit. Häufiger sind schon Bewegungsinfektionen durch reine Nachahmung, besonders seitens Schwachsinniger und Katatoniker. *N.* bringt dann einen Fall von musikalischer Infektion. Ein agitirt Schwachsinniger, früher mit Epilepsie behaftet, singt eine Akkordfolge endlos her und infizirt damit einen anderen schwerhörigen, sprachlosen Schwachsinnigen höheren Grades derartig, dass dieser dieselbe Melodie längere Zeit hindurch in derselben oder in wenig modifizierter Weise oft wiederholt. Beide hatten die gleiche Akkordfolge in der gleichen Tonhöhe und in derselben Rhythmik.

Paravicini, Ein Fall von spinal-cerebellarer Ataxie im Kindesalter. Correspondenzblatt der Schweizer Aerzte No. 10.

Es handelt sich um ein 7jähriges Mädchen, nicht erblich belastet. Vielleicht im Anschluss an Masern mit Otorrhoe entwickelte sich vor

1½ Jahren: Schielen, unsicherer Gang, unsicheres Greifen, schwerfällige, undeutliche Sprache. Keine Schmerzen, keinerlei Anfälle. Grosse Vergesslichkeit. Zur Zeit besteht: ausgesprochener Strabismus; Pupillen erweitert, reagiren nicht auf Licht noch Accomodation; leicher Nystagmus, Augen sonst gesund. Tast-Temperatur und Schmerzempfindung normal. Patellar-, Achilles-, Tricepsreflexe nicht vorhanden. Sphinkteren in Ordnung. Sprache sehr schwerfällig, langsam, gedehnt, nicht skandirend, kein Silbenstolpern. Beim Sprechen leichte Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Beim Gehen wackelt der Kopf, beim Stehen und Gehen der ganze Körper. Gang ausgesprochen cerebellar ataktisch, taumelnd, schwankend, dem des Betrunkenen ähnelnd; die Fortbewegung erfolgt im Zickzack, die Schritte sind ungleich, breitspurig. Ataxie beim Greifen, kein Intentionstremor. Schrift ziemlich unleserlich, doch ohne Buchstabenauslassung. Grosse Vergesslichkeit, langsames Auffassungsvermögen, wenige Begriffe. Kein Fieber, kein Erbrechen, kein Schwindel. Es handelt sich also um eine Mischform.

Schoen, Kopfschmerzen. Wiener klin. Rundschau No. 32—36.

Einzelne Krankheitssymptome erhalten im Allgemeinen keine Monographie; hinsichtlich der Kopfschmerzen glaubt *Sch.* eine Ausnahme machen zu dürfen wegen der grossen Verbreitung des Leidens. Er bespricht nacheinander: Begriff und Arten des Kopfschmerzes, die objektiven Träger der Schmerzempfindung, den subjektiven Ort oder die Lokalisation der Schmerzempfindung, unmittelbare Reizung, mittelbare oder übertragene Reizung, Diagnose und Behandlung. Die sehr detaillirte Zusammenstellung eignet sich nicht zu einem kurzen Referat. Das Kapitel über mittelbare oder übertragene Reizung hat z. B. folgende Unterabtheilungen: A. Einfache Uebertragung der Reizung. a) Erhöhung des intrakraniellen Druckes. b) Gefässmuskelkrampf. c) Synästhesien. Ausstrahlung von sensiblen auf sensible Nerven. B. Doppelte Uebertragung der Reizung. a) Erhöhung der Körperwärme. b) chemische Reizung. c) Synkinesen. Ausstrahlung von sensiblen auf motorische, vasomotorische und trophische Nerven. C. Momente, welche die Ausstrahlung begünstigen. D. Reizursprungsstelle. a) am übrigen Körper mit Ausnahme des Kopfes. b) Reizursprungsstelle am Kopfe. c) Reizursprung im Gehirn. Innervationskopfschmerzen. α) Ursachen krampfhafter Innervation. β) Uebertragung der Reizung. γ) Ausstrahlung auf assoziirte Muskelgruppen. δ) Ausstrahlung auf nicht assoziirte motorische und auf Drüsennerven.

Benedikt, Die Nervenerkrankungen durch Verletzung. Wiener mediz. Presse No. 21.

Erichson lenkte zuerst 1866 die Aufmerksamkeit auf das spez. Krankheitsverhalten bei Eisenbahnunfällen. Railway brain und Railway spine.

Charcot fand dann das richtige Schlagwort, die traumatische Hysterie. 1891 formulirte dann *Benedikt* das biomechanische Prinzip der Hysterie; die erhöhte Erschütterbarkeit des Nervensystems bildet das Wesen der Hysterie. Diese Erschütterbarkeit ist Wirkung des Eisenbahnshoks. Die Beobachtung der paradoxen Erscheinung führte *B.* zu dem Satz, dass die Nerven doppelleitend sind (1897). Das erklärt manche Symptome, die man sonst als Simulation betrachten würde. Der Shok, zunächst rein seelisch beurtheilt, wirkt verschieden bei verschiedenen Individuen, aber auch verschieden je nach der Zeit bei demselben Individuum. Der psychische Shok braucht nicht im ersten Augenblick wirksam zu sein; die Wirkung kam auch erst später, z. B. durch Erinnern an die Schreckensscenen oder aus dem nachträglichen Erkennen der überstandenen Gefahr hervortreten. Die konstantesten Symptome besonders bei Eisenbahnunfällen sind: der statische Schwindel, die Adgranie der Extremitäten, beruhend auf der Erschütterbarkeit des Kleinhirns, die Einschränkung der Gesichtsfelder für Farben und selten für Weiss: Tremor, meist kleinwellig, besonders in den ausgestreckten Händen. Von den Gehirnerscheinungen sieht man: Angstgefühle, schlechter Schlaf, Unruhe, Aufgeregtheit, Gemüthsdepressionen, Gedächtnissschwäche, echte Neurasthenie. Dabei meist heftiger Kopfschmerz. Ferner findet man Schmerzen, Lähmungen, Geisteskrankheit, Coordinationsstörungen, spastische Erscheinungen. Alle diese Symptome können sich auch allmählich einstellen, Spätsymptome werden. In sehr vielen Fällen vielleicht ist übrigens die Krankheit nicht nur Folge des psychischen Shoks, sondern liegen durch den Unfall bedingte anatomische Veränderungen vor. Hier hat *B.* die Radiographie mit Erfolg zur Diagnose benutzt. Von den traumatischen Neurosen sind zu trennen die lokalen Nervenaffektionen e traumate. Aus letzteren können sich durch Ausstrahlung und Reflexe Ausbreitungs- und allgemeine Neurosen entwickeln. Hierher gehört auch die traumatische Reflexepilepsie. *B.* warnt davor, zu rasch mit dem Urtheil Simulation bei der Hand zu sein. Auch sei man mit der Prognose vorsichtig.

Gumpertz, Ueber doppeltes Bewusstsein. Berliner klin. Wochenschrift No. 45.

Es handelt sich um ein 9jähriges Mädchen, von einer nervösen Mutter abstammend, von Hause aus hysterisch und geistig minderwerthig. Während es an Rötheln krank zu Bette lag, war es Zeugin mehrfacher Gespräche und Versuche spiritistischer Natur und betheiligte sich selbst am Tischrücken und Geister zitiren. Nach einigen Wochen äusserte sie plötzlich, sie sei nicht mehr die Lotte, sondern die 38jährige Tante Hedwig. Letztere war bereits vor 8 Jahren gestorben, also dem Kinde unbekannt. Sonst ruhig, höflich, bescheiden, zeigt sie in diesem Zustande kolossale motorische Unruhe, schimpft, kratzt, schlägt. Mit kindlicher lallender Sprache

giebt sie ihre Wohnung „Friedenstrasse 44 im Himmel“ an; sie liest und schreibt schneller als sonst, aber auch flüchtiger und falsch. In den Normalzustand zurückgekehrt, zeigt sie Amnesie für alles in der hypnoiden Phase Geschehene. Diese Zustände kehren nun häufig wieder. *G.* gelingt es wohl, das Kind aus dem Normalzustand in den kranken zu versetzen, indem er sie auf den Stuhl setzt, ihr die Augen verbindet. Sie klagt dann bald, dass sie von der Tante Hedwig an den Haaren gezogen wird, und identifizirt sich dann sogleich mit derselben. — Nach dreiviertel Jahren weichen diese zweiten Zustände, um einer körperlichen und geistigen Schwäche Platz zu machen.

Weygandt, Ueber das manisch-depressive Irresein. Berliner klin. Wochenschr. No. 3 und 4.

W. konnte bei seinem Material in 90% erbliche Belastung herausrechnen. Bei dem genannten Irresein handelt es sich um eine durchaus endogene Krankheit, die auf konstitutioneller Veranlagung beruht. Das schliesst nicht aus, dass der einzelne Anfall durch gewisse auslösende Ursachen hervorgerufen wird, z. B. Puerperium, Lactation. Die überwiegende Mehrzahl der ersten Anfälle findet sich in der Pubertätszeit. Worin die Ursache der Periodizität liegt, können wir nicht mal vermuthen. Die Manie zeichnet sich durch 3 wesentliche Symptome aus. Auf dem Gebiete der Psychomotilität bringt sie Erregung von wesentlich reaktivem Charakter, gewöhnlich mit Rededrang verbunden; auf dem Gebiete des Affekts gehobene Stimmung; auf dem Gebiete des assoziativen Denkprozesses Ideenflucht. Die andere Phase der genannten Krankheit, die Depression, zeichnet sich auch durch 3 vorwiegende Symptome aus: auf dem Gebiete des Affekts die niedergeschlagene Stimmung, auf dem Gebiete des Assoziationsprozesses die Denkerschwerung oder Denkhemmung. Ausserdem giebt es noch Mischformen, z. B. den manischen Stupor, gekennzeichnet durch psychomotorische Hemmung mit manisch gehobener Stimmung, meist noch mit Denkerschwerung. Diese Mischform kann auch als Uebergang zwischen Manie und Depression auftreten, aber auch selbständig monatelang dauern. Es giebt auch eine agitirte Depression mit Erregung und Ideenflucht mit Ablenkbarkeit. Eine dritte Mischform ist die unfruchtbare Manie, eine Manie mit Denkhemmung statt Ideenflucht. Die Prognose der Krankheit ist günstig.

Pick, Clinical studies in pathological dreaming. Translated by Middlemass. The journal of mental science. July.

Drei Fälle von Tagträumen, „Phantasien“, bei Männern von 43, 23 und 18 Jahren. Fall 1 führte Selbstgespräche und gestikulirte dabei lebhaft. Ganze Szenen, frühere Situationen, Erlebtes und Gelesenes durch-

lebte er noch einmal in seiner Träumerei, in die er wider Willen versank. Dabei sah er die augenblickliche Unrealität seiner Gedanken und Vorstellungen wohl ein und verlor nie das Bewusstsein für die Umgebung. Manchmal wachte er nachts auf und verfiel dann in die gleiche Träumerei. Daneben hatte er aber auch richtige Träume. Fall 2 hatte sich vom 8. bis 18. Jahre der psychischen Onanie ergeben. Er schwelgte in Traumbildern. Wähnte oft, dass die Leute ihn besonders ansahen. Träumte Situationen wie Fall 1, er spielte darin eine grosse Rolle, z. B. als General im Burenkriege. Im Gegensatz aber zu Fall 1 schwand oft das Bewusstsein für die Umgebung, Alles erschien fast mit halluzinatorischer Wirklichkeit. Die Träumerei konnte nur schwer abgebrochen werden, und wenn, setzte sie da wieder ein, wo unterbrochen, sich über Tage erstreckend. Fall 3, ähnlich wie 1 und 2. Doch hatte für ihn die Träumerei denselben Werth, wie eine frühere Erinnerung. Daher seine Lügen. Vorwiegen sexueller Szenen. — Bei allen Dreien Beginn in der Kindheit, bei Fall 3 Verschlimmerung durch Nikotinmissbrauch. Bei Fall 1 und 3 nebenbei hysterische, bei Fall 2 neurasthenische Symptome auf degenerativer Basis. Bei Fall 3 Degenerationszeichen. Fall 1 belastet. Schlüsse des Verf.: Tagträumen häufig bei Hysterie, selten bei Neurasthenie. Beginn in der Jugend (Auto-erotisme). Bewusstseinszustand schwankend zwischen dem einfachen Spiel der Phantasie bis zu den delirösen Traumzuständen der Hysterie. Grund der Pseudologia phantastica oft zu suchen in der Träumerei.

Ganter.

Hollander, The cerebral localisation of melancholia. The journal of mental science. July.

Verf. kommt unter Sammlung vieler Fälle in der Literatur zum Schluss, dass eine gewisse Beziehung zwischen Affektionen des Parietallappens, besonders des Gyrus angularis und supramarginalis und melancholischen Zuständen bestehe. Dies wurde bewiesen durch Verletzungen in der Gegend der Tubera parietalia, durch Tumoren, Entzündungen dieser Gegend, Blutergüsse, durch die symmetrische Atrophie der Tub. pariet., d. h. eine den melancholischen Zustand begleitende Ernährungsstörung, durch das Vorkommen melancholischer Zustände bei Entwicklungshemmungen und Entwicklungsstörungen dieser Gegend. — Die einfache Melancholie zeige als Grundsymptom Furcht. Diese gehe von einer bestimmten Hirnregion aus, da wo auch die Melancholie ihren Sitz habe. Beweis: a) Furchtäusserungen lassen sich bei Thieren durch Verletzungen jener Gegend hervorrufen. b) Diese Gegend steht in engem Zusammenhang mit dem sympathischen und vasomotorischen Nervensystem, die beide in der Melancholie gestört sind. c) Bei Verletzungen dieser Gegend können Steigerung des Blutdrucks, Aenderungen der Empfindung, Sehstörungen und Rindenblindheit den melancholischen Zustand begleiten.

Ganter.

Wilcox, *Arthur*, Twins suffering from acute melancholia. The journal of mental science. April.

Es waren zwei ledige Frauenzimmer, 47 Jahre alt, ohne erbliche Belastung. Der Tod ihres vor Kurzem verstorbenen Vaters soll die Ursache ihrer Geisteskrankheit gewesen sein. Sie erkrankten fast zur selben Zeit an akuter Melancholie. Sie machten Selbstmordversuche, waren erregt und unruhig. Ihre Reden und Gebärden glichen einander auffallend. Die Eine hielt sich für das schlechteste Weib, sie habe ihre Schwester geisteskrank gemacht. Die Andere schwatzte und machte ihr Alles nach. Geschwätz und Benehmen waren erotisch und obscön. In der Anstalt liess man sie einige Tage beisammen, aber auch, als sie getrennt worden waren, war das Krankheitsbild bei Beiden fast das gleiche. Ruhigere Zeiten der Arbeit wechselten mit den geschilderten Zuständen. Merkwürdig an den beiden Fällen ist die Diagnose „akute Melancholie". Es sieht mehr nach Hysterie aus. *Ganter.*

Bruce and *Alexander*, Some observations on the various physical changes during the acute and subacute stages of melancholia. The journal of mental science. October.

Auf Grund ihrer Untersuchungen von frischen Fällen von Melancholie nach den körperlichen Symptomen unterscheiden die Verf. ein akutes und subakutes Stadium, beide vorausgehend dem Uebergang in Genesung oder in den chronischen Zustand. Akutes Stadium: Grosse Depression, Unruhe, lebhafte Halluzinationen, Schlaflosigkeit. Puls rasch, hart, gern unregelmässig, 90—120 in der Minute. Arteriendruck hoch, 140—180 mm Hg. Temperatur zum Steigen geneigt 99—100° F. Urin spärlich, nicht ganz ein Liter in 24 Stunden. Harnstoff nur etwa 12 gr. Spuren von Eiweiss. Zunge belegt. Kein Appetit, kein Durst. Verdauungsfähigkeit des Magensaftes für koagulirtes Eiweiss fast Null. Motorische Kraft des Magens schwach. Haut trocken. Subakutes Stadium: Die psychischen Störungen weniger ausgesprochen. Schlaf im Allgemeinen gut. Halluzinationen, wenn vorhanden, ohne Einfluss auf den Kranken. Puls regelmässig, weicher, 70—80 in der Minute. Arteriendruck 120—130 mm Hg. Temperatur nie über 98,4° F. Urin reichlicher, einen Liter übersteigend in 24 Stunden, Harnstoff etwa 27 gr. Kein Einweiss. Zunge nicht belegt. Appetit besser. Magensaft wirksamer. Haut feucht, manchmal Schweiss. Behandlung: 1. Herabsetzung des Blutdrucks. Die Verf. gebrauchen Erythroltetranitrat, Morgens und Abends ½ gr. (etwa 0,003 gr.). Versagt es, so kommen die üblichen Schlafmittel an die Reihe. 2. Vermehrung der Urinsekretion, und zwar mit Ammoniumkarbonat, etwa ½ gr. 3 mal täglich. 3. Anregung der Hautthätigkeit und Heissluftbäder. 4. Künstliche Vorverdauung. Im akuten Stadium müssen die Kranken im Bett bleiben, im subakuten Stadium wird ihnen eine leichte Beschäftigung gewährt. *Ganter.*

Meyers, T. S., Chorea minor. Psychiat. und neurolog. Bladen 4.

Eine statistische Arbeit über 232 in der Nervenpoliklinik zu Amsterdam in den Jahren 1890 bis 1900 beobachtete Fälle von Chorea minor. Von den behandelten Patienten sind 86 männlichen und 146 weiblichen Geschlechts. Bis zum 7. Lebensjahre ist die Erkrankung im Allgemeinen selten, dann findet bis zum 11. Lebensjahre ein schneller Aufstieg statt, nach dem 20. Lebensjahre ist die Erkrankung selten. Erblichkeit konnte in keinem Falle nachgewiesen werden. Das Maximum der ersten Choreaanfälle fällt in den Monat Januar, das Minimum in den Mai. Grössere Epidemien wurden vom Oktober 1893 bis März 1894 mit 41, vom Januar bis August 1900 mit 16 Fällen beobachtet. Imitation konnte hierbei mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Komplikationen mit andern Erkrankungen, die vielleicht auch als prädisponirende Momente aufgestellt werden dürfen, wurden öfters festgestellt: Chlorose, Anaemie, Hysterie, seltener Skrofulose, einige Male Influenza, Scharlach, häufig rheumatische Affektionen. 20 Mal wird Schreck als Ursache angegeben. In 38 Fällen = 16,3 % konnte zweifelloser Rheumatismus nachgewiesen werden. In 21,5 % der Fälle fanden sich Veränderungen am Herzen und zwar am häufigsten Mitralinsufficienz. — Ueber das klinische Bild der Chorea giebt Verfasser nichts wesentliches Neues an. Bei 91 Fällen, die andauernd in Behandlung blieben, konnte 7 mal eine Dauer von weniger als einem Monat, 63 mal eine solche von mehr als 6 Monaten beobachtet werden. — Die Therapie bestand in der Darreichung von Arsenik oder Brom, in schwerern Fällen in Bettruhe und Isolirung. Rezidive kamen bei 82 Patienten vor. In der Darstellung der Pathogenese der Chorea folgt Verf. hauptsächlich *Wollenbergs* Angaben in dessen Monographie. Zahlreiche Literaturangaben, Tabellen und Kurven vervollständigen die Arbeit *Serger.*

Meyers, T. S., Akromegalie. Aus der Poliklinik für Nervenkranke zu Amsterdam. Psychiatr. und neurolog. Bladen 6.

Verf. veröffentlicht 3 selbstbeobachtete Fälle von Akromegalie, sowie einen von Prof. *Winkler* behandelten. Der letztere wird noch dadurch interessant, dass die Autopsie gemacht werden konnte. Nach Angabe der einschlägigen Literatur geht Verfasser zur Beschreibung der einzelnen Fälle über; bei jedem werden die genauen Maasse angegeben. Bei dem 3. Falle wurde eine linksseitige Radialislähmung festgestellt; der Urin enthielt 3 % Zucker, 18 Hypophysen-Tabletten wurden ohne Erfolg gegeben. Bei dem 4. — dem *Winkler*'schen — Falle fanden sich elektrische Veränderungen in dem Tibialis anticus. Die Patientin ging an Herzschwäche und Lungenödem zu Grunde. Die Autopsie ergab ein Adenom der Hypophyse, 8 gr. schwer, bestehend aus einer vordern schmälern und einer hintern breitern Abtheilung. Mikroskopisch fand sich weiter eine

Gliawucherung im gesammten Höhlengrau vom Boden des 4. Ventrikels bis zum Lendenmark. Distal nahm diese Wucherung an Umfang ab, zeigte aber örtliche Anschwellungen. Nachdem Verf. noch im weitern Verlaufe die Literatur über die klinischen Erscheinungsformen der Akromegalie und über die pathologisch-anatomischen Befunde besprochen hat, sowie die verschiedenen Theorien über die Pathogenese auseinandergesetzt hat, spricht Verf. die Ansicht aus, dass die gefundene Gliawucherung des zentralen Höhlengraus unter dem Einfluss einer krankhaften Veränderung der Hypophyse zu stande gekommen sein und mit die Ursache der Akromegalie abgegeben haben können. *Serger.*

Schermers, D., Ueber Katatonie. Psychiatr. und neurolog. Bladen No. 3 und 4.

Die Arbeit enthält eine ausführliche Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Ansichten der verschiedenen Autoren über das zuerst von *Kahlbaum* aufgestellte Krankheitsbild. Am längsten verweilt Verf. bei der Wiedergabe der Ansichten von *Kahlbaum*, *Schüle*, *Kraepelin* und *Wernicke*. Des Letztern Ansicht erscheint dem Verf. die annehmbarste. — Eine genaue Krankengeschichte über einen selbstbeobachteten Fall, die im übrigen nichts besonderes bietet, bildet den Schluss der Arbeit.

Serger.

Sailer, J., A case of bullet wound in the spinal cord. Operation three years later. The journal of mental disease. June.

Nach Mauserschuss durch das Rückenmark in der Lumbosacralregion trat sofort totale Paraplegie auf, später mit heftigen Schmerzen in den gelähmten Extremitäten, durch die Patient Morphinist wurde. Nach Freilegung und Incision der sehr verdickten Dura Besserung, 4 Jahre nach der Verwundung so weit, dass nur rechts totale Anaesthesie und Lähmung bestand bis zur unteren Hälfte der rechten Hüfte, totale Anaesthesie des linken Fusses und über der Sacralgegend, ferner Hypaesthesie der Perinealgegend. Geringe Bewegungsfähigkeit in beiden Hüftgelenken, linkem Kniegelenk und linkem Fuss mit Zehen. Schwer erklärlich ist das Erhaltensein der Potenz in gewissem Grade. Sitz und Art der Läsion wird an der Hand eines sorgfältig erhobenen sensiblen und motorischen Status erläutert. 39 Tage nach der Operation wurde zufällig eine 3 Tage anhaltende Allocheirie entdeckt: Berührung eines etwa 3 Zoll breiten Streifens nahe der Perinealraphe rechts, wurde links empfunden. Die Erscheinung schwand in der eigenartigen Weise, dass zunächst auf beiden Seiten und zuletzt nur auf der rechten Seite empfunden wurde. *Matusch.*

Chaddock, C. G., A case of peroneal muscular atrophy (Type Charcot-Marie). The journ. of nerv. & ment. dis. July.

42jähriger, aus Malariagegend stammender Mann, im 16. Jahre Gelenkrheumatismus, im 27. Auftreten zahlreicher Hühneraugen, seit 6 Jahren Abnahme der Potenz, bei der Untersuchung symmetrische Muskelatrophie beider Beine bis zum mittleren Drittel der Oberschenkel, besonders der Streckmuskeln, vasomotorische Störungen an den Beinen, geringe Ataxie der Arme, Schwäche der Glutealmuskeln und des rechten Daumenballens und des rechten Deltoides. *Romberg*'sches Phänomen deutlich. Letzteres sowie die Potenzschwäche gehören nicht zu dem *Charcot-Marie*'schen Typus und deuten auf Affektion der Hinterstränge. *Matusch.*

Lescynski, *W.*, Recurrent oculomotor pelty. The journ. of nerv. & ment. dis. August.

Zu rechtsseitiger Migräne seit dem 6. Lebensjahr trat im 12. Jahre rechtsseitige Ptosis von mehrwöchiger Dauer. 2. Anfall im 19. Jahre mit Diplopie. 3. im 22. Jahre von fast einjähriger Dauer. 4. Anfall im 29. Jahre: r. Ptosis, Lähmung des r. rectus sup., Parese des r. rectus inf. und internus. *Matusch.*

Taylor, *J. M.*, The amelioration of paralysis agitans and other forms of tremor by systematic exercises. The journ. of nerv. & ment. dis. March.

Empfehlung systematischer Uebungen bei P. a. und Bericht über einen erfolgreich behandelten Fall. *Matusch.*

Allen, *Florence*, Examination of the stomach contents in the insane. The american journ. of insanity. Oct.

Verf. macht auf das Vorkommen von Störung der Magensekretion in der Mehrzahl der frischen Fälle von Psychose aufmerksam und berichtet einige Krankheitsgeschichten, in denen die Magenbehandlung die Psychose auf das günstigste beeinflusste. *Matusch.*

Hansell, *H. F.*, Binocular hemianopsia and optic nerve atrophy in diabetes mellitus. The journ. of nerv. & ment. dis. July.

Konzentrische Einengung des Sehfeldes, für weiss angedeutete, für Farben vollständige temporale Hemianopsie und Sehnervenatrophie bei vorgeschrittenem Diabetes mellitus. Verf. weist aus der Literatur die Seltenheit des Befundes nach. *Matusch.*

Bonar, A. B., A study of the cases of tabes dorsalis 1888—1901 Columbia university. The journ. of nerv. & ment. dis. May.

Zur Behandlung kamen 242 tabische Männer, 44 Frauen. Alter bei Erkrankung: 1 Fall unter 20 Jahren, 43 zwischen 20 und 30, 100 zwischen 30 und 40, 80 zwischen 40 und 50, 25 zwischen 50 und 60, unbekannt bei 37. Syphilis war zweifellos in 58 % der Fälle, wahrscheinlich in 11 %, nicht nachzuweisen in 30,77 %; zwischen Infektion und Beginn der Tabes lag 1 Jahr in 11 Fällen, 2 Jahre in 2, 3 in 4, 4 in 3, 5 in 6, 6 in 4, 7 in 3, 8 in 9, 9 in 4, 10 in 8, 11 in 5 u. s. f. bis zu 29 Jahren in 3 Fällen und 40 Jahre in 1 Fall, unbekannt in 57 Fällen. Die längste beobachtete Dauer des Bestehens vor der Untersuchung war 27 Jahre und 30 Jahre in je einem Fall. Das Kniephänomen fehlte in 95 %, war vorhanden und verschwand später in 1 Fall, war einseitig vorhanden in 7 Fällen, war beiderseits normal in 3 Fällen. Argyll-Robertson-Pupillen bestanden in 61 %, einseitig in 2 Fällen, völlige Pupillenstarre in 15 %, Opticusatrophie in 25 Fällen. Ferner wird das numerische Verhalten der lancinirenden Schmerzen, der Ataxie, des Gürtelgefühls und anderer Paraesthesien besprochen, sowie der Krisen, Blasenstörungen, Impotenz, Gelenkleiden und trophischer Störungen. Anosmie bestand in 1,04 %, Agensie in 0,34 %.

Matusch.

Fry, F. R., Dislocation of the seventh cervical vertebra. The journ. of nerv. & ment. dis. Sept.

37jähriger Landmann fiel sitzend rücklings von einer Hängematte. Sensible und motorische Lähmungserscheinungen wiesen auf Läsion in der Höhe des 7. Halswirbels, an dem sich indessen keine Verletzung entdecken liess. Sie fand sich bei der Sektion. F. bedauert, dass Röntgen-Untersuchung nicht möglich war und dass die von ihm zur Exploration vorgeschlagene Incision unterblieb. *Matusch.*

Riggs, C. R., Three cases of hereditary Chorea. The journ. of nerv. & ment. dis. Sept.

Klinischer Bericht über 3 Fälle. Von Interesse ist der Erblichkeitsnachweis im ersten: Der Urgrossvater, die Grossmutter mit 4 Geschwistern, die Mutter mit 3 Geschwistern litten an Huntington'scher Chorea, ferner zwei Schwestern, ausserdem fand sich anderweitige Belastung zahlreich in der Familie. *Matusch.*

Picket, W., A study of the insanities of adolescence. The journ. of nerv. & ment. dis. Aug.

Auf Grund eines an übersichtlichen Tabellen erläuterten Materials bespricht Verf. das Wesen der jugendlichen Geistesstörungen. Das sonst

stark betonte ätiologische Moment der Degeneration möchte er fallen lassen und hält es mit *Joffroy*, dass man, um geisteskrank zu werden, degenerirt sein müsse. Verfolgungswahn-Vorstellungen bewirken bei einem Jugendlichen Reaktion entweder in Form von egoistischer Aktivität oder von katatonischer Versunkenheit, je nachdem sein Temperament egoistisch und bestimmt oder weich und hysterisch ist. Mit den Jahren schwindet die hysterische Weichheit, daher tritt bei später Erkrankten die Paranoia mehr hervor, bei jüngeren die Katatonie, es erklärt auch die häufigere Coincidenz katatonischer und paranoischer Erscheinungen und Varietäten der Form, wie originäre Paranoia und Hebephrenie, die als bequeme Bezeichnungen und wegen ihres historischen Werthes beibehalten werden können, obgleich sie sämmtlich unter die Dementia paranoides *Kraepelin's* gehören.

Matusch.

Pearce, *Savary*, Unusual trauma with secondary Bell's palsy. The journ. of nerv. & ment. dis. Jan.

Ein Mädchen hatte bei einem Streit eine eiternde Wunde zwischen Proc. masteid. und Unterkiefer davongetragen, die sich erst schloss, als ein Stück einer knöchernen Pfeifenspitze entfernt wurde. 10 Tage nach Entlassung Lähmung des rechten Facialis, die bald zurückging. Trotzdem der Fremdkörper den Pharynx nicht verletzt hatte, empfand Patientin lästigen Tabacksgeruch, was P. damit erklärt, das durch die Circulation Nikotin zu den Riechcentren getragen sei. Auch die Neuritis des Facialis sei wahrscheinlich hierauf zurückzuführen. *Matusch.*

Walton, *G. L.*, and *Paul*, *G. W.*, The clinical value of astereognosis and its bearing upon cerebral localisation. The journ. of nerv. & ment. dis. April.

Von Interesse ist ein Fall, in dem das Fehlen der stereognostischen Empfindung im linken Arm und Bein mit Verlust des Lagegefühls und leichter Herabsetzung des Tastgefühls erstes und lange Zeit einziges Lokalisationssymptom war. Entleerung einer unter der rechten Gesichtsregion subkortikal liegenden Cyste besserte zunächst den Zustand. Tod nach 4 Wochen. Die Sektion wurde nicht gestattet. Auch in den anderen berichteten Fällen waren die Ergebnisse operativen Eingriffs nicht ermuthigend, trotzdem wird er von dem Verf., wenn auch als letzte Chance, empfohlen. Ein anderer Fall zeigte Astereognosie und Lähmung auf den linken Fuss beschränkt. Für das Zustandekommen der stereognostischen Empfindung halten die Verff. am wichtigsten den Raum- und Lokalisationssinn. Der Lagesinn komme erst an zweiter Stelle, die übrigen Sinnesqualitäten seien von geringem Belange. Diese verschiedene Dignität komme in der Lokalisation zum Ausdruck. Während für Tastschmerz- und Temperatursinn eine ausgedehnte kortikale Repräsentation, aber auch für die einfachen Reflex-

vorgänge tiefere Centren, besonders im Thalamus, anzunehmen seien, stellen die ersteren Qualitäten einen hohen Grad von Urtheil und Erfahrung dar. In Analogie mit der Sprache könne man für den stereognostischen Sinn drei Rangordnungen von Centren suppeditiren: 1. das im Parietellappen und Gyr. fornicatus enthaltene Centrum für die Aufnahme einfacher Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindungen; 2. das höhere, wahrscheinlich mehr nach vorn gelegene Zentrum für die associativen Erinnerungsbilder aus dem gefühlten Objekt; 3. Centren, welche die Eindrücke aus den Gruppen der zweiten Ordnung und aus anderen Quellen sammeln, als kinaesthetische Centren dienen und die willkürlichen Bewegungen veranlassen. Wenn auch Astereognosie so häufig mit Hemiplegie verbunden ist, dass ¹/₃ bis ¹/₂ aller Hemiplegiker dauernde Astereognosie zeigen und genauere Untersuchung den Prozentsatz erheblich steigern wird, so ist doch theoretisch das Verkommen reiner motorischer Hemiplegie möglich. Der Sitz der Läsion ist in diesen Fällen wahrscheinlich in der inneren Kapsel belegen. Ist aber Astereognosie das einzige für Lokalisation verwendbare Zeichen, so wird man den Sitz in dem moterischen Centren für die Extremität zu suchen haben. *Matusch.*

Kellogg, Th. H., The stadia of mental disease. The journ. of nerv. & ment. dis. Nov.

Gleich den 4 Stadien der exanthematischen Krankheiten (Inkubation, Eruption, Detynamation, Reconvalescenz) lassen sich bei heilbaren Psychosen 4 Stadien erkennen: körperliche Symptome mit Depression, aktive psychische Veränderung, reaktive Erschöpfung, Rekonvalescenz. Das zweite Stadium wird in der Regel durch manische, melancholische oder stuporöse Zustände gebildet, die einen einheitlichen Symptomenkomplex, nicht getrennte Krankheitsbilder darstellen. Jede Psychose ist ein kontinuirlicher pathologischer Hergang mit periodischen Schwankungen so konstant, dass Remissionen und Intermissionen als ein Theil des Krankheitsbildes angesehen werden müssen. Die künstliche Verschiedenheit der Formen lassen sich durch dies „Gesetz der Stadien“ zu klinischer Einfachheit reduziren. Merkwürdig ist hierbei, dass Verf. seine apodiktischen Sätze über das Gesetz durch Einschränkungen wie „in der Mehrzahl“, „grösstenteils“ selbst wieder aufhebt. *Matusch.*

Silfvast, Ein Fall von Abscess des Rückenmarkes nebst retrobulbärer Neuritis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 20.

Im Verlaufe von 2—3 Tagen beiderseits Erblindung unter heftigen Schmerzen in der Stirn und den Augenhöhlen, zwei Wochen später Parese des linken Beines und in wenigen Tagen Entwickelung eines der Brown-

Séquard'schen Lähmung ähnlichen Krankheitsbildes. Die Diagnose eines Abscesses wurde durch die Sektion beseitigt. Als Ursache ist der Transport von Mikroorganismen auf einem käsig-eidrigen Herd der Lungenspitze anzusehen. Gram-beständige Mikroorganismen waren in Rückenmarksschnitten nachweisbar, Züchtungsversuche gelangen nicht. *Matusch.*

Hughes, *C. H.*, Autopsychorhytmia or repetition psycho-neurosis. The alienist & neurologist. Jan.

Zwangsgedanken sind immer monoton. Man kann das Bedürfniss nicht anerkennen, einen Theil der hierher gehörigen Krankheitsbilder, in denen eine rhytmusartige Wiederholung des Wortes oder der Vorstellung hervortritt, als eine besondere Form herauszunehmen und mit einem besonderen Namen zu taufen. Auch was H. über Ausgang und Behandlung sagt, unterscheidet die besondere Form nicht von dem Gesammtbilde.

Matusch.

Courtney, *J. E.*, Dangerans paranoiacs, with autobiography of one. The alienist & neurologist. Jan.

Selbstbericht eines Verrückten, der einen Geistlichen erschossen hatte, um die Untersuchung des gegen ihn bestehenden Komplottes zu erzwingen.

Matusch.

Ashmead, *A. B.*, Possible causes of insanity among americans in the Orient. The alienist & neurologist. Jan.

Die wichtigste Ursache sei Trunk und Syphilis. *Matusch.*

Chaddock, *C. G.*, A case of muscular dystrophy. The journ. of nerv. & ment. dis. March.

39 jähriger Maschinist, Sohn eines Trinkers, bemerkte mit dem 24. Jahre Schwäche des rechten, später des linken Armes, datirt Unfähigkeit, die Augen ganz zu schliessen, auf eine Verletzung im 15. Jahre, hat nicht Pfeifen lernen können. Von den gegenwärtig bestehenden Erscheinungen ist hervorzuheben: Atrophie aller Muskeln des Schultergürtels, der Gesichtsmuskulatur (umgestülpte Lippen), Auswahlatrophie einiger Muskeln der Vorderarme und Hände, sowie der Oberschenkel. Bemerkenswerth war die Erhaltung des mittleren Drittels jedes Biceps. Auch der Schwund des gesammten subkutanen Fettgewebes, bretthharte Beschaffenheit aller von der Atrophie nicht betroffenen Muskeln und frühzeitige Presbyopie und arcus senilis werden als ungewöhnliche Befunde genannt. *Matusch.*

Spiller, *W. G.*, A case with the symptoms of cerebrospinal meningitis, with intense and general alteration of the nerve cell-bodies, but with little evidence of inflammation. The journ. of nerv. & ment. dis. March.

Die Veränderung der Ganglienzellen fand sich in allen Theilen und bestand hauptsächlich in Schwellung, Verlust der Fortsätze und der chromoptischen Elemente, und Dislocirung der Kerne. Ueberall lagerten Bazillen nicht bestimmbarer Art, die wahrscheinlich vor dem Tode eingewandert waren und die toxische Herkunft des Krankheitsbildes anzeigen würden. Der Fall wäre dann als eine Form von Pseudo-meningitis aufzufassen, wie sie bei Infektionskrankheiten vorkommt und von Dupré als Meningismus bezeichnet wird. Verf. wendet sich gegen Hirsch und Sachs, die einen ähnlichen Befund an den Ganglienzellen wie im vorliegenden Falle lediglich für die amaurotisch familiäre Idiotie in Anspruch nehmen. *Matusch.*

Ireland, *W. W.*, Friedrich Nietzsche. A study of mental pathology. The alienist & neurologist. April.

Je mehr anzuerkennen ist, wie sorgfältig I. die Schriften Nitzsche's studirt hat und wie zutreffend er psychiatrisch die Entwickelung der Krankheit N.'s aus seinem Leben und seinen Schriften darstellt, um so mehr ist zu bedauern, dass die Objektivität seines Urtheils oft durch masslose Sprache entstellt wird. Wendungen wie „rasender Unsinn", „Ruchlosigkeit" „der Uebermensch eine listige Erfindung eines deliranten Gehirns" hätte man lieber nicht angetroffen. Zu dem Passus im „Antichristen": Cäsar Borgia als Papst bemerkt I.: „Welch ein niederträchtiges Spiel mit Geschichte und Unsinn!" als wenn Nitzsche nicht gewusst hätte, dass Cäsar B. nicht Papst war und sagen wollte, dass Cäsar Borgia thatsächlich die päpstliche Gewalt ausübte. Eine Bemerkung über Nitzsches Ende: „der Verächter der Menschheit sank unter die niedrigsten", „der die Menschen lehrte, das Mitleid aus ihren Herzen zu verbannen, musste jetzt in seiner Hilflosigkeit von ihrem Erbarmen abhängig werden", klingen nicht gut im Munde eines Irrenarztes. Die auch von Nordau vertretene Behauptung, dass N. sadistische Veranlagung gehabt habe, bekämpft Ireland.

Matusch.

Ireland, *William*, Friedrich Nietzsche, A study in mental pathology. The journal of mental science. January.

N. wurde 1844 geboren. Sein Vater hatte 11 Monate an einer Gehirnaffektion zu leiden gehabt, angeblich nach einem Fall auf den Kopf. N. glaubte, dass er seine nervösen Störungen vom Vater geerbt habe. Auch sonst soll Nervosität in der Familie heimisch gewesen sein. Aus N.'s Jugend sei erwähnt, dass er erst mit $2^1/_2$ Jahren hatte sprechen lernen.

Als Kind liebte er die Einsamkeit, als Student hielt er sich von dem wüsten Rauf- und Sauf-Leben fern. Schon mit 24 Jahren wurde er Prof. der Philologie in Basel. Er komponirte und dichtete auch. 1870 erkrankte er als freiwilliger Krankenpfleger im deutsch-französischen Kriege an Diphtherie und Cholera nostras. Seitdem litt er an Migräne, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. 1879 liess er sich pensioniren und wanderte ruhelos in der Schweiz und in Italien herum. In seinen Briefen sprach er viel von seinen nervösen Störungen. Seine vom Vater ererbte Kurzsichtigkeit verschlimmerte sich so, dass er jahrelang nichts lesen konnte. Indessen arbeitete er tapfer an seinen Werken. Welche Beziehungen aber zwischen diesen und seinem krankhaften Zustand bestanden, das lässt sich schwer sagen. Ireland citirt eine reichliche Blumenlese aus seinen Werken. Wohl lässt sich darin eine gesteigerte Reizbarkeit, die Freude am blossen Verneinen, ein excentrisches Wesen erkennen. Doch ist das nicht der Ausdruck eines geisteskranken Gehirns, denn N. ist sich selbst dieser Eigenschaften wohl bewusst. Man kann, wie Ireland, auf das Zusammenhangslose in diesen oder jenen Werken hinweisen, mit den kurz hingeworfenen Sätzen und Ausrufen, man kann sich über N.'s Ansichten über Moral entsetzen. Was beweist aber das alles bei einem Philosophen? Wie nun Ireland zu der Diagnose kommt, N. habe an Grübelsucht (folie du doute) gelitten, ist mir gänzlich unerfindlich. Die absurde Behauptung von Nordau, N.'s Lehren beruhten auf Sadismus, er habe an Erotomanie gelitten, sollte in einer ernsten Arbeit nicht erwähnt werden.

Die eigentliche Geisteskrankheit scheint im Herbst 1888 eingesetzt zu haben. N. fühlte sich sich, ganz im Gegensatz zu sonst, ungewöhnlich heiter und glücklich. In seinen Schriften tritt manche Wunderlichkeit auf. Seiner um diese Zeit geschriebenen Biographie gab er den Titel: Ecce homo. In einem Brief unterzeichnete er sich „der Gekreuzigte". Entscheidender aber als dies ist der erste paralytische Anfall in Turin, Ende Dezember 1888. Er wurde darauf in die Privatirrenanstalt von Binswanger in Jena verbracht und nachher von seiner Schwester zu Hause verpflegt. Er starb am 25. August 1900. Nie ist wohl ein philosophisches System durch den Lauf der Dinge an seinem Urheber so sehr ad absurdum geführt worden, wie die Lehren N.'s. Er, der Schöpfer von Uebermenschen, vom Herrenmenschen, von der Herrenmoral, er, der den Schwachen vernichten will, dessen Devise: „Sei hart, unterdrücke das Mitleid", muss sich zuletzt selbst pflegen lassen wie ein hilfloses Kind! Persönlich soll übrigens N. von mildem und weiblich zartem Charakter gewesen sein. Und da macht Ireland die gute Bemerkung: „Es kommt oft genug vor, dass Leute ihr Ideal in einem Charakter sehen, der ihrem eigenen in jeder Hinsicht entgegengesetzt ist." Im Allgemeinen merkt man übrigens heraus, dass Ireland nicht besonders gut auf die Philosophie N.'s zu sprechen ist, auch finden in England die Werke N.'s keinen Absatz. Sollte da nicht die berüchtigte Bigotterie der Engländer schuld daran sein? *Ganter.*

Wood and Urquhart, A family tree illustrative of insanity and suicide. The journal of mental science. October.

Fälle von Wahnsinn, Idiotie und Selbstmord durch einen langen Stammbaum hindurch. Die Verff. sehen in ihm einen Beweis für die Vererbung gleicher Formen von Geisteskrankheit in der Familie.

Leeper, Three cases of melancholia with symptoms of unusual clinical interest. The journal of mental science. October.

In den 3 Fällen von Melancholie mit Wahnbildungen fand Verf. während der Dauer der Krankheit Zucker im Urin. Er denkt an eine Erkrankung des Splanchnicus. Die Wahnvorstellungen der Kranken beschäftigen sich zudem vorwiegend mit der Undurchgänglichkeit ihrer Eingeweide. *Ganter.*

Stewart, Rothsay, Notes on two cases of insanity following chorea. The journal of mental science. July.

2 Fälle von Chorea mit daran sich anschliessender Geisteskrankheit. Fall 1 eine Kranke von 16 Jahren. Chorea, dann Melancholie. Kniereflexe abgeschwächt, Pupillen weit, gleich, nur schwach auf Licht reagierend. Heilung. Fall 2 eine Kranke von 28 Jahren. Mit 12 Jahren Chorea nach einem kleinen Unfall. Später mehrere Male Choreaanfälle. Jetzt schwere Hysterie. Reflexe wie bei 1. Verf. glaubt, dass das gemeinsame Bild der Geisteskrankheit nach Chorea bestehe in Charakterveränderung mit Misstrauen gegen die Umgebung und Schwächung des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit. Die Krankheit beruhe in einer Blutveränderung.

Ganter.

Cullerre. Délire aigu et urémie. Archives de neurologie. Déc.

Eine 55jährige Frau, welche unter den Symptomen eines Delirium acutum in die Anstalt eingeliefert wurde, zeigte körperlich grosse Schwäche, hohes Fieber und Durchfälle und ging nach ca. 5 Wochen zu Grunde. Die Sektion ergab eine weit vorgeschrittene Nephritis mit hochgradiger Atrophie beider Nieren. Auf diesen Befund hin diagnosticirte C. eine Urämie, ob mit Recht muss fraglich erscheinen. Eine Urinuntersuchung konnte nicht vorgenommen werden wegen der grossen Unruhe der Kranken, die Alles unter sich gehen liess. — Der zweite Kranke, ein 41jähriger Mann, hatte bereits vor 9 Jahren eine Psychose mit katatonischen Erscheinungen durchgemacht, als er einen neuen Anfall bekam unter dem Bilde einer schweren Melancholie mit grosser Selbstmordneigung. In den letzten drei Lebenstagen traten Fieber auf, continuirliches Erbrechen und Coma. Die Sektion unterblieb.

C. hält das Delirium acutum für Folgeerscheinung einer Intoxication, die verschiedene Ursachen haben kann, unter anderen auch die Urämie. Die angeführten Beispiele sind allerdings wenig überzeugend.

Schlüter.

Trouelle et Petit, Sur un cas d'amnésie continue consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone. Archives de neurologie. Août.

Ein 55 jähriger Mann wurde etwa drei Wochen nach einem Selbstmordversuch mit Kohlenoxyd in die Anstalt gebracht und zeigte dort ein apathisches Wesen sowie Verlangsamung der geistigen Funktion. Besonders auffällig war jedoch sein Erinnerungsdefekt, welcher noch bis vor die Intoxication zurückreichte und auch ganz alltägliche Dinge betraf. Daneben bestand noch grosse Gedächtnisschwäche, besonders während der ersten Wochen. Der Zustand besserte sich im Laufe von 10 Monaten nur wenig, sodass Patient in Anstaltspflege verbleiben musste. *Schlüter.*

Cullerre, Deux mouveaux cas de folie gémellaire. Archives de neurologie. Février.

C. hält Zwillinge für in gewissem Sinne ab ovo minderwerthige Individuen und erklärt sich daraus den degenerativen Charakter der hier in Betracht kommenden Psychose. Diese zeigt trotz mancher Verschiedenheiten doch drei charakteristische Eigenschaften: 1. fast gleichzeitige Entwickelung und wenigstens theilweise gleiche Symptome, 2. im Wesentlichen gleichartigen Verlauf und Ausgang und 3. spontane Entstehung auf derselben organischen Grundlage. Häufig finden sich bei Zwillingen auch noch ererbte Syphilis und Tuberkulose als Ursache für die verminderte Widerstandsfähigkeit. — In den ersten der von C. mitgetheilten Beobachtungen bestand eine starke erbliche Belastung, in der zweiten hingegen war keinerlei Veranlagung nachweisbar. *Schlüter.*

Cahen, Contribution à l'étude des stereotypies. Archives de neurologie. Décembre.

C. giebt eine Uebersicht über die Entwicklung der Lehre von der Stereotypie, ihre Eintheilung und einzelnen Symptome, auf welche hier nicht näher eingegangen werden kann. Er hält die Stereotypie für ein prognostisch wichtiges Zeichen, da ihr Auftreten einen ungünstigen Ausgang des Falles erwarten lässt. *Schlüter.*

Popow, N. M., Athetose. Neurologischer Berichterstatter Bd. IX, H. 3.

Ein Vortrag, welchen Prof. *Popow* seinen Zuhörern gehalten und in welchem er den Zusammenhang dieses Symptomenkomplexes mit den Gehirnkrankheiten und der Psychiatrie eingehend erläutert. Der Vortrag ist sehr eingehend und ausführlich, aber auch sehr verständlich geschrieben, bringt aber nichts Neues. *A. v. Rothe.*

Orlow, *E. Ch.*, Ein Fall von Geistesstörung nach einer Operation. Neurologischer Berichterstatter Bd. IX, H. 3.

Der Fall wurde in der Augenklinik der Universität Kasan beobachtet und bietet für den Psychiater in Beziehung auf Aetiologie nicht geringes Interesse. In obengenannter Klinik wurde im November 1900 die Bäuerin A. Z. G. wegen Cataracta oc. utr. et macula corn. dext. aufgenommen; dieselbe, eine Tatarin, 35 Jahre alt, verheirathet, Mutter eines Kindes, von mittlerem Wuchs, schlecht genährt, scheint älter als sie ist, Gesichtsasymmetrie, die rechte Gesichtshälfte kleiner als die linke, der harte Gaumen hoch, schmal, ebenso unsymmetrisch wie das Gesicht. Sie soll aus einer gesunden Familie stammen, nie getrunken haben und auch nicht an Syphilis gelitten haben.

Am 12. November wurde die Operation gemacht, beide Augen verbunden, die ersten 24 Stunden verliefen ruhig, am 13., Abends, erschien sie unruhig, weinte, wollte oder konnte aber die Ursache der Thränen nicht erklären. Am 14., Abends, wurde die Unruhe stärker, das Weinen heftiger und scheint mit Jemandem zu streiten, an sie gerichtete Fragen beantwortet sie gar nicht oder sinnlos, behauptet nicht zu weinen, endlich giebt sie ihr Weinen zu, behauptet aber, die Ursache desselben nicht angeben zu dürfen, da sie oder ihr Vater es sonst schwer büssen müssten. Eine Gabe Morphium 0,01. Nacht unruhig, riss den Verband ab, der wieder angelegt wurde. 15. November, am Tage ziemlich ruhig, Abends sehr unruhig, fast tobend, schimpft und schreit, droht, springt aus dem Bett, will den Verband entfernen. Abends um 6 und 10 Uhr Morphium 0,01, Nachts unruhig, entfernte den Verband und wollte entfliehen. Am 16. gegen 11 Uhr Vormittags wurde sie noch unruhiger, Fluchtversuche, Abreissen des Verbandes. Es wurde nur das operirte Auge verbunden und eine Morphiuminjektion verordnet, gegen 5 Uhr Abends beruhigte sie sich. In Folge der Unruhe zeigte sich am 16. November, dass der innere Winkel der Operationswunde sich erweitert hatte und in demselben ein Theil der Regenbogenhaut, das Auge geröthet. Am 17. wurde ihr Atropin, trocken, in das Auge gebracht, bisweilen weint sie und ist etwas aufgeregt, lässt sich aber beruhigen, die Nacht war ziemlich ruhig. Am 18. wurde der Verband ganz entfernt, da die Wunde geschlossen und die Iris zurückgetreten war; sie giebt an gut zu sehen. Eine dunkle Brille. Die Nacht verbrachte sie ruhig. Am 19. fühlte sie sich ganz wohl, beantwortete die an sie gestellten Fragen gern und richtig, und was ihr vorhergegangenes

Benehmen anbelangt, so erklärt sie dasselbe folgendermassen: Nach der Operation schien es ihr, als habe man sie weit, weit fortgebracht (das Bett der Patientin war vom Fenster an die Wand gebracht worden), dann erschien ein altes Weib, welches sich unter dem Bett versteckte, dann erschien das Weib am Kopfende, verhöhnte und schimpfte die Kranke, sie wollte das Weib wegtreiben, konnte es aber nicht. Das Weib sagte dann der Kranken, man habe sie in die Klinik gebracht, um sie hier umzubringen, verbot ihr aber etwas davon der Umgebung mitzutheilen, da sie sich sonst an ihr oder ihrem Vater schwer rächen würde. In einer Nacht wollte die Alte sie erwürgen, da ihr dies aber nicht gelang, versicherte sie der Kranken, dass der Doktor dagewesen sei, um sie zu nothzüchtigen; so habe das alte Weib, welches missgestaltet und sehr hässlich gewesen, sie ununterbrochen gequält, auch gestern sei die Alte noch dagewesen, aber verschwunden, als die Wärterin eintrat. Auf die Frage, ob sie wirklich glaube, dass eine solche Alte dagewesen sein könne, antwortet die Kranke, dass sie es nicht mit Bestimmtheit sagen könne, es sei aber möglich, dass es ihr nur so geschienen. Die folgenden Tage verliefen ziemlich gleichmässig und ruhig, Abends nur war sie die ersten Tage momentan aufgeregt, fürchtend, das alte Weib könne wiederkommen; am 25. November verliess sie die Klinik.

Von aetiologischer Bedeutung dürfte in diesem Falle die Frage sein: was war wohl die Ursache der eingetretenen Psychose? Dass es nicht das Atropin gewesen, dafür spricht die vollkommene Abwesenheit jedes Symptomes einer Atropinvergiftung, da ja im Gegentheil nach der Verordnung des Atropins am 15. November und trotz des täglichen Fortgebrauches die psychischen Erscheinungen zurücktraten. Berücksichtigt man weiter, dass die Psychose fast mit der Anlegung des Verbandes eintrat und schwächer wurde, als der Verband von dem einen Auge entfernt wurde, ja ganz schwand, als der Verband auch von dem andern entfernt wurde, so darf man wohl annehmen, dass die vollständige Entziehung des Lichteindruckes eine nicht unbedeutende Rolle bei der Entstehung der Psychose in diesem Falle gespielt hat. Aehnliche Beobachtungen, wenn auch nicht in grossen Zahlen, sind ja in der Literatur bekannt.

A. v. Rothe.

Schneider, Ueber das Zehenphänomen Babinski's. Berliner klin. Wochenschr. No. 37.

Sch. untersuchte das Material der Nervenklinik der Charité vom Oktober 1900 bis März 1901. Normale Fusssohlenreflexe fand er bei chronischer Meningitis, Polyomyelitis art., Neuritis, Polyneuritis, Ischias, Tabes, spin. progr. Muskelatrophie, Dystrophia musc. prog., Myotonie, Neurasthenie, Hysterie, traumat. Neurosen, Epilepsie, Chorea, Athetose, Paralysis agitans. Bei 45 Fällen von Läsion der Pyramidenbahn — d. h.

bei organischer Hemiplegie, Querschnittläsion des Rückenmarks, Little'sche Krankheit, amyotrophischer Lateralsklerose und Schussverletzung der inneren Kapsel —, fand er in 17 Fällen Babinski positiv beiderseits, in 20 auf der gelähmten Seite, 3mal fehlte der Fusssohlenreflex der gelähmten Seite, 5mal war Babinski negativ. Es handelt sich bei dem Phänomen um 2 Reflexe: der eine isolirte Plantarreflex auf schwache Reize ist ein Hirnrindenreflex; der zweite, die Dorsalflexion der Zehen mit kombinirter Bewegung im Bein, auf starken Reiz, ist ein Rückenmarkreflex. Beim Babinski'schen Phänomen erscheint sofort der Rückenmarkreflex. Dieser ist leichter auslösbar, weil die Rückenmarkreflexe gesteigert sind. Das Phänomen kann auftreten: erstens, nach Unterbrechung der Pyramidenbahn und dadurch bedingte Vernichtung des Rindenreflex. Diese Unterbrechung kann auch im Anfange der Bahn, in der motorischen Rinde stattfinden, z. B. bei Epilepsie. Besteht eine allgemeine Steigerung der Rückenmarkreflexe, oder ist der Rindenreflex schwerer auslösbar, z. B. bei Stupor, Oedem, so wird der Rückenmarkreflex leichter auslösbar. So kann Babinski entstehen ohne Läsion der Pyramidenbahn. Bei allgemeiner Reflexsteigerung ist es nicht möglich, aus den Babinski'schen Phänomen allein die Diagnose einer Pyramidenläsion zu stellen. Dauerndes Bestehen des Babinski ohne Zerstörung des Rindenreflex ist selten. Das Babinski'sche Phänomen findet sich fast immer bei Pyramidenläsion. Somit ist das Phänomen praktisch zur Trennung der Pyramidenläsion von ähnlichen Bildern wohl verwerthbar.

Van Epps, The Babinski reflex. The journ. of nerv. & ment. dis. April.

Die an 1000 Personen angestellten Untersuchungen bestätigen im Ganzen die Bedeutung des B.'schen Reflexes. Bei 500 Kranken ohne Symptome organischer Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks fehlte Plantarreflex nur in 3,8 %, einseitig in 2,2 %, Extension der Zehen fand sich nur in einem Falle von Tuberkulose, vielleicht als erstes Zeichen einer beginnenden Erkrankung. Bei Kindern unter einem Jahre bestand der Plantarreflex in 50 % in Extension, in Flexion in 20 %, in modifizirter Flexion in 28 %, fehlte in 2 %; bei älteren Kindern war Extension konstant in keinem Falle zu erzielen. 213 Fälle von Rückenmarkserkrankungen ohne Betheiligung der Py-stränge zeigten in 78 % Flexion, in 18 % fehlenden Plantarreflex, in 5 Fällen Extension (4 Tabes, 1 Neurasthenie), dies Verhalten bei Tabes weicht von den Beobachtungen Babinski's und Anderer ab. Von 85 Epileptikern hatten 83 Flexion, 2 keinen Plantarreflex. Bei 118 Hemiplegikern bestand Extension in 57 %, Flexion in 26 %, kein Reflex in 8 %, Flexion nur der kleineren Zehen in 4 %, irreguläre Flexion und Extension in 5 %. Dies an der gelähmten Seite, an der anderen waren die entsprechenden Zahlen 9, 72, 10, 4, 5 %.

62 Fälle von Lateralstrangerkrankung zeigten Extension in 63 %, Flexion in 26 %, keinen Reflex in 11 %. *Matusch.*

Schanz, Ueber das Westphal-Piltz'sche Pupillenphänomen. Berlin. klin. Wochenschr. No. 42.

Verf. fand in den allermeisten Fällen von reflektorischer Pupillenstarre, auch bei lichtstarren Pupillen, bei welchen die Konvergenzreaktion noch erhalten war, dass die Pupillen sich verengern, wenn die betreffenden Kranken das Auge kräftig zukneifen. Der Augapfel bewegt sich dann zugleich nach aussen und oben. *W.* glaubt, dass es sich hierbei um eine Mitbewegung, also um eine Erregung in der Oculomotoriusbahn handelt. *Schanz* führt nun 2 Fälle seiner eigenen Beobachtung vor, aus denen zu schliessen ist, dass es sich bei der Verengerung der Pupille um einen mechanischen Vorgang handelt, um eine Stauung. Der einzige Schluss, der aus dem Phänomen gezogen werden kann, ist, dass die Pupille nicht ganz normal innervirt ist, denn sonst würde die Lichtreaktion diese mechanische Verengerung verdecken.

Pickett, W., The scapulo-humeral reflex of Bechterew. The journ. of nerv. & mental. dis. May.

P. hat die Angaben *Bechterew*'s über den von ihm gefundenen Reflex an 122 Fällen nachgeprüft mit dem Ergebniss, dass das Vorhandensein des Reflexes allerdings von Bedeutung ist, sein Fehlen aber ein unsicheres Zeichen. Die Inkonstanz und Zahl der am Reflex betheiligten Muskeln beeinträchtigt seinen pathognostischen Werth. *Matusch.*

Vinar, Die Geisteskrankheit des Sophokleischen Ajas. Wiener klin. Rundschau No. 33.

Es ist dem Verf. gelungen, in wenigen Zeilen Sophokles' gewaltige Dichtung, den rasenden Ajas, zu analysieren, doch lässt er zum Schluss die Diagnose offen zwischen Mania transitoria und Melancholia activa. Mit Recht betont Verf., dass Sophokles für die damalige Zeit etwas Grosses geleistet hat, ohne *Kraepelin*'s neueste Auflage oder ein anderes Lehrbuch der Psychiatrie, allein auf eigene Induktion angewiesen. Wenn auch Sophokles die eigentliche Begebenheit dem Lesches von Mytilene entnommen hat — die Bearbeitung des Stoffes und auch die Vorführung der Geisteskrankheit ist die eigene Arbeit und das Verdienst des Sophokles.

Kürt, Zur nasalen Therapie der Neurosen. Wiener klin. Rundschau No. 35.

Durch Reizung der Nasenschleimhaut, mechanisch oder chemisch, durch Reiben, Einführen von Chininpulver, Mentholsalbe, Präcipitat, gelingt es *K.* allerlei Krampfzustände zu heben, wie Laryngospasmus, Blepharospasmus, Tic convulsiv, Pharynx-Spas., Gähnkrampf, Hyperemesia gravidarum und andere Krampfformen. Das therapeutische Moment liegt in der Reizung der Trigeminusenden.

Hoeflmayer, Zur Behandlung der Tabes dorsalis. Wiener klin. Rundschau No. 51.

H. verfügt über 30 Beobachtungen, darunter sicher 83,3 % Luetiker. Als Hauptursache der Erkrankung belastet *H.* bei seinen meisten Fällen die jahrelange Kälteeinwirkung auf die unteren Extremitäten durch kalten Fussboden, Beschäftigung im kalten Wasser (Gerber) und durch permanenten Zug (Portier, Theaterbühnenarbeiter). *H.* ist gegen eine spezifische Behandlung. Er will vor Allem den Stoffwechsel heben und das Körpergewicht vergrössern. Regelmässige, sorgfältige Ernährung, Einschränkung von Alkohol und Nikotin. Zur Hebung des Stoffwechsels, mit dem Resultat eines gesteigerten Appetits und Wohlbefindens nützen am besten gewisse hydrotherapeutische Massnahmen, die *H.* ausführlich beschreibt. Danach bessert sich stets die Anästhesie der Fusssohlen, die Ataxie, Schwäche der Sphynkteren etc. Daneben Elektrotherapie. Möglichst wenig Bettruhe. Ausserdem Frenkel'sche Uebungstherapie; der Kranke muss namentlich lernen die Fersen heben; das Stampfen der Tabetiker schadet dem Rückenmark und Gehirn mehr, als man glaubt. Das Unsicherheitsgefühl ist zum grossen Theil Folge von Angst. Letztere lässt sich psychisch abschwächen oder heben. Schon im Affekt schwindet in manchen Fällen die Ataxie. Ein grosser Theil der Erfolge der Frenkel'schen Uebungstherapie ist auf Konto der psychischen Einwirkung zu setzen. Die Degeneration der Hinterstränge bleibt, dass andere Bahnen vicariirend eintreten, ist nicht bekannt. *H.* möchte einen Tabiker, der wieder arbeitsfähig geworden und geblieben ist, für geheilt ansehen, wenn er es auch streng anatomisch nicht ist.

Gutzmann, Ueber die Behandlung der Aphasie. Berliner klin. Wochenschr. No. 28.

Während man bisher meist die Sprachübung von den Begriffen ausgehen liess (*Westphal*, *Oppenheim*, *Kussmund*, *Neumann* etc.), räth *G.*, bei den Sprachübungen von den Elementen der Sprache auszugehen und zunächst einige Laute systematisch einzuüben. Man beginnt mit den Vokalstellungen; man wählt nacheinander a o u e i. Am meisten Mühe macht den Aphasischen u und i. Dabei muss der Kranke auf den Mund des Lehrers sehen. Die Klangbilder müssen ev. durch die Mundstellungs-

bilder ersetzt werden. Letztere sind optische, die Bewegungsvorstellungen taktile Gedächtnisselemeate. Die Kranken üben dann vor dem Spiegel, der Selbstkritik wegen. Dann kommt p und b an die Reihe. Beim m tritt dann noch die taktile Kontrolle des tönenden Luftstromes, der durch die Nase entweicht, hinzu, d. h. der Patient legt den Finger an die Nase, um die durch die Nase entweichende tönende Luftwelle zu fühlen. Bei f und w tritt der Spiegel wieder in die Aktion u. s. w. *G.*'s Prinzip ist überall die systematische Benutzung der optischen uud taktilen Eindrücke der Sprache. Dann folgen Schreibübungen mit der linken Hand. Dadurch wird das rechte Hirn für die Sprachlautbewegungen besser vorbereitet. Zugleich wird das Gedächtniss für die Lautfolge durch das Auge unterstützt. Eine Association unterstützt die andere. Dazu sind einfache Beschreibungen von Nutzen. Auch Uebungen der Anschauung sind nöthig; es muss eine Verknüpfung von Anschauung und Wortbewegung stattfinden. *G.* benutzt dann das Ablesenlernen vom Munde als Mittel für die Sensorisch-Aphasischen, um ihnen auf diesem Wege systematisch die Perception der Sprachbewegungen beizubringen. — *G.*'s Erfahrungen scheinen auch dafür zu sprechen, dass die rechte Hirnhälfte vicariirend für die verloren gegangene Funktion der linken eintritt. Seit 8 Jahren etwa benutzt *G.* seine Methode und hat sie bisher erfolgreich gefunden. Auch die Franzosen benutzen dieselbe. Er räth daher, alle Aphasische, wenn das Sprachleiden in einigen Monaten nicht spontan zurückgeht, einer systematischen Behandlung zu unterziehen. Der Erfolg der Behandlung hängt sehr von der Geschicklichkeit der betreffenden Kranken ab. Wie für die zentromotorische und zentrosensorische Aphasie, so räth *G.* auch für die schweren hysterischen Aphasien zu seiner Methode. Auch für die Aphasie der Kinder. *G.* räth aber, immer erst abzuwarten, bis sich die Aphasie spontan nicht mehr bessert; dann sollen erst die Uebungen beginnen. Letztere helfen oft noch bei Aphasien von jahrelanger Dauer, nach 10 Jahren und mehr. Die Uebungen beanspruchen eine durchschnittliche Dauer von 3—6 Monaten.

Binz, Ueber Schlafmittel. Berliner klin. Wochenschr. No. 40.

In diesem Säcularartikel ruft uns *Binz* ins Gedächtniss, dass wir das Morphium dem Paderborner Apotheker Sertürner verdanken, um dann mit Recht vor allzu grosser Aengstlichkeit beim Gebrauch der Spritze zu warnen. Namentlich dem Sterbenden soll man häufiger die Wohlthat des Mittels zu Theil werden lassen, es verkürzt das Leiden, aber nicht das Leben. Dem Morphium folgte 1853 das Bromkali, 1869 das Chloralhydrat. Dann folgen Sulfonal, Trional, Hyoscin etc. etc. *B.* erinnert dann an seine Experimente, welche beweisen, dass Blutleere des Gehirns nicht schlafmachend wirkt; die relative Blutleere, die man antrifft, ist Folge des Schlafes und der Unthätigkeit des Organs. Durch die schlafmachenden Mittel, z. B. durch Morphium, werden weder die Blutbahnen beeinflusst,

noch wird das Blut chemisch verändert. *Binz* kommt dann auf die amöboistische Theorie des Schlafes *Rabl-Rückhard*, die Arbeiten von *Wiedersheim*, *Mathias-Duval*, *Pergens*, etc. Protoplasmabewegung, wo Nervenleben vorhanden ist, wäre dieses Lebens Grundlage im Bewusstsein; vorübergehende Protoplasmaruhe der Schlaf, bleibende Protoplasmaruhe der Tod. Aether, Morphium und die in den Muskeln entstandenen Ermüdungsstoffe wirken vorübergehend lähmend auf die Protoplasmabewegungen der Zentralorgane, machen die Zellen reizbar unter einander und reizlos gegen die Eindrücke der äusseren Sinnesnerven. Das wäre das Zustandekommen des künstlichen Schlafes im Allgemeinen.

Beebe, *J. E.*, Remarkable case of insomnia and its treatment. The journ. of nerv. & ment. dis. June.

In einem Fall von langem und erschöpfendem Delirium tremens erzielten 7—8 g Trional in 24 Stunden Schlaf und Besserung.

Matusch.

Smith, *Baker*, The rationale of subjective healing. The journ. of nerv. & ment. dis. June.

Verständige Schrift über Gebetsheilungen (Christian Science) und welche Lehren sich für den Arzt aus ihren Scheinerfolgen auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet ergeben. *Matusch.*

Viallon et Jacquin, Ueber Heroin bei Geisteskranken. Annal. méd. psych. 1900, Nov.-Déc.

Verf. haben in 17 Fällen das Heroin versucht, meist nicht mit dem erwarteten Erfolg. Bei den Manischen that es nicht dieselben Dienste wie das Morphin und andere Sedativa, bei den Melancholischen, namentlich bei Gegenwart von Angstzuständen, hatte es fast immer üble Nebenwirkungen, wie Uebelkeit, Erbrechen, Schwindel.

Bonne, *Georg*, Ueber Suggestionsbehandlung in der täglichen Praxis, besonders bei Alkoholisten. Wiener medizinische Presse No. 45.

Kurze Bemerkungen zur Technik und Indikation der Suggestionstherapie, die nicht nur von den Neurologen, sondern vor Allem am meisten von dem praktischen Arzte geübt werden muss, schon allein deshalb, um den Kampf der mit diesen Mitteln arbeitenden Kurpfuscher erfolgreich aufnehmen zu können.

Claus, *A.*, L'hédonal. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Juin 1900, No. 97.

Verf. sah im Allgemeinen recht gute Erfolge von der Anwendung des Hedonal bei einzelner nervöser Schlaflosigkeit, in bestimmten Fällen von Neurasthenie. Auch bei heftigeren Erregungszuständen leistete es gute Dienste. In einem Falle von Tabes mit Schmerzen wirkte es ebenfalls gut. Die Dosis beträgt 1—2—4 gr. Der Schlaf tritt in 20—30 Minuten ein. Unangenehme Nebenwirkungen hat er nicht beobachtet, vor Allem keine Steigerung der Urinsekretion.

Claus, *A.*, Le dormiol (diméthyl-aethyl-carbinol-chloral). Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Septembre 1900, No. 98.

Dormiol (0,5—2 gr.) wirkt gut als Schlafmittel bei Neurasthenie, sowie leichten Psychosen, besonders bei Melancholie, versagt aber bei heftigeren Erregungszuständen. Sind Schmerzen die Ursache der Schlaflosigkeit, dann empfiehlt sich Kombination mit subkutaner Einverleibung von Morphium. Unangenehme Nebenwirkungen sind nicht aufgetreten. Dormiol verdient einen hervorragenden Platz unter den Schlafmitteln.

Ueber Dormiol.

Bodenstein (Deutsche Aerzte-Zeitung 1901, Heft 19) hat Dormiol in 42 Fällen angewandt und ist sehr erbaut davon, namentlich rühmt er es bei nervöser Agrypnie. Er steht nicht an, das Dormiol unter den schlafmachenden Mitteln obenan zu stellen; er hält es für vollkommen gefahrlos. — *Holz* hat in der Klinik von Meschede (Königsberg 1900) die Inaugural-Dissertation über Dormiol gemacht und in 85 % hinreichenden Schlaf erzielt, bei Dosen von 1—4 gr. Er experimentirte an Geisteskranken; auch bei Delirium tremens war die Wirkung nach einmaligen Dosen von $2^1/_2$—3 gr. in 50 % die erwünschte; in weiteren 30 % genügte eine weitere Dosis. Schädliche Folgen blieben aus. — Etwas weniger günstig sind die Resultate von *Brownrigg* (Annual Report to the Governor and Couneil 1900) bei Geisteskranken doch immer noch auffallend. Freilich giebt er Dosen bis zu 7 gr. — Sehr empfiehlt Dormiol *Powell* als Hypnotikum im Allgemeinen (The North American Journal of diagnosis and practice 1901, No. 3). — *Combernale* und *Camus* (l'Echo Médical du Nord, Mai 1901), sind auch zufrieden, setzen Dormiol aber nicht über Chloral und Sulfonal. Sie rathen ebenso wie auch *Stern* (Wratschebnaja Gaséta, 35, Petersburg 1901), bei Gegenwart von Schmerzen, zugleich ein schmerzstillendes Mittel, etwa Aspirin, beizugeben.

Kionka und *Liebrecht*, Ueber ein neues Baldrianpräparat. Deutsche medizinische Wochenschrift No. 49.

Verf. glauben in dem Valeriansäurediaethylamid das wirksame Prinzip der Baldrianwurzel entdeckt zu haben. Es führt den Namen Valyl und wird von den Höchster Farbwerken dargestellt; es ist im Handel in Gelatinekapseln zu 0,125 gr., mit der gleichen Menge Sebum ovile. Täglich 3mal 2—3 Kapseln, in hartnäckigen Fällen 4—6. Das Mittel wirkt erregend auf die Psyche; es wirkt lähmend auf das Zentralnervensystem und beeinflusst die Vasokonstriktoren. Verf. empfehlen das Mittel bei Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, traumatischen Neurosen, namentlich den auf Störungen der Gefässinnervation beruhenden Krankheitserscheinungen; bei gewissen Formen von Hemicranie und Neuralgien, z. B. Ischias; auch bei Flimmerskotom, bei Störungen der Menstruation, Beschwerden des Klimakterium und während der Gravidität. Angeblich keine üblen Begleiterscheinungen.

Jacquin, Du sérum artificiel en psychiatrie. Annal. méd-psych. 1900 Mai-Juin.

Verf. verlangt wohl mit Recht, dass man häufiger Versuche mit Serum-Injektionen bei gewissen Psychosen macht. Die von ihm näher angeführten 10 Beobachtungen fordern jedenfalls zur Nachahmung heraus. Es handelt sich immer um körperlich sehr reduzirte, marastische Personen mit Anorexie. Oligurie etc. *J.* empfiehlt die Injektionen bei Geistesstörung in Folge von Infektion, Autointoxikation und dergl., namentlich wenn die Herz- und Nierenfunktion darniederliegt.

Pélas, Le repos au lit dans le traitement des aliénés. Annal. méd.-psych. 1900, Mai-Juin.

P. räth, alle frische Psychosen ins Bett zu stecken; die Unruhe legt sich dann beinahe immer. Bei den chronischen Fällen ist er dagegen. Ist die Unruhe zu gross, ist dadurch die Bettbehandlung ohne grossen Zwang nicht möglich, so verwirft er auch bei den frischen Fällen die Bettbehandlung; sie wirkt dann geradezu schädlich.

Jones, *Lewis*, The use of general electrification as a means of treatment in certain forms of mental disease. The journal of mental science. April.

Verf. meint, dass in manchen Fällen von Irresein die Elektrizität ein nützliches Heilmittel sei. Ihre gute Wirkung auf die Athmung, die Wärmeproduktion und die Ausscheidung von Harnstoff ist bekannt. Sie

wird also besonders da angewendet werden müssen, wo wir den Allgemeinzustand bessern wollen; in Fällen von Schwäche, Anämie, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit. Hier bessert sich dann oft zugleich mit dem physischen der psychische Zustand des Kranken. Verf. empfiehlt das elektrische Bad mit Stromunterbrechung. *Ganter.*

Dawson, On suprarenal extract in the treatment of mental diseases. The journal of mental science. October.

Verf. versuchte den Nebennierenextrakt in 4 Fällen von Manie, in einem Falt von Paranoia mit interkurrenten Erregungszuständen und in einem Fall von progressiver Paralyse. Er gab den Extrakt in Tablettenform, hergestellt von der Firma Burroughs und Wellcome, von 5—20 gr.[1]) dreimal täglich, ansteigend. Die wichtigste physiologische Wirkung ist die Steigerung des Blutdrucks. Es eignen sich nach Verf. also besonders Fälle mit niedrem Blutdruck zur Behandlung, wenn auch solche mit hohem keine absolute Kontraindikation böten. In jenen 4 Fällen von Manie mit meist periodischem Charakter glaubt Verf. Besserung oder schnellere Heilung mit der Droge erzielt zu haben. *Ganter.*

Korsakow, *S. S.*, Die Bettbehandlung akuter Irrseinsformen und die durch dieselbe bedingten Veränderungen in der Organisation der Irrenanstalten. Zeitschr. f. Neurologie und Psychiatrie unter dem Namen Korsakow, H. 1 u. 2.

Diese Arbeit des verstorbenen Prof. *Korsakow* gehörte zu seinen letzten und deshalb schon ist sie der Beachtung werth.

Korsakow führt sehr ausführlich die russische Literatur über diesen Gegenstand und die in derselben hervortretenden Widersprüche an, welche dadurch hervorgetreten sind, dass der Begriff der Bettbehandlung als Heilmittel und als besondere Methode mit einander verwechselt worden sind, und analysirt diese Frage von diesen beiden Gesichtspunkten aus. Grundlegendes Prinzip des Systems der Bettbehandlung findet der Verf. darin, dass dadurch in den Anstalten eine „Atmosphäre“ geschaffen wird, welche an und für sich dazu beiträgt, damit die Geisteskranken so viel als möglich und nöthig im Bette behandelt werden. Um dies zu erreichen, ist es wichtig, dass das Dienstpersonal von dem Bewusstsein durchdrungen sei, dass die Bettbehandlung wirklich nöthig ist, da dies Bewusstsein dem Ganzen seinen Stempel aufdrückt und sozusagen ansteckend auf die Kranken wirkt. Der auf entsprechende Art zwischen anderen Kranken im Bette untergebrachte Kranke unterliegt durch seine Umgebung einem

---

[1]) 1 gr. = 0,064 mg.

suggestiven Einfluss, hervorgerufen durch den Nachahmungstrieb des Kranken. Den grössten Einfluss erlangt man, wenn 4—6, ja 12—15 Kranke in einem Zimmer untergebracht werden. Jeder neue Kranke soll ohne manuellen Zwang im Bette untergebracht und gehalten werden. Kranke, die durch leichte Handberührung beunruhigt werden, sollen temporär ganz frei in dem Beobachtungssaal, bis sie sich mit ihrer Umgebung vertraut gemacht haben, gehalten werden. Das manuelle Festhalten kann nur bei sehr aufgeregten, verwirrten und fiebernden Kranken zugelassen werden, doch soll und darf dieses Mittel nur ausnahmsweise angewandt werden. Bei dem Unterbringen der Kranken in allgemeinen Zimmern weist der Verf. darauf hin, dass die Kranken dadurch weniger als in den Isolirzimmern belästigt werden. Zweckmässig ist es auch sehr, unruhige Kranke gemeinschaftlich mit Stuporösen unterzubringen, da letztere dadurch weniger beunruhigt werden; doch kommt es auch vor, dass für solche Unruhige Einzelzimmer nöthig sind. Die Beobachtungsstationen mit Bettbehandlung, in denen sehr verschiedenartige Kranke untergebracht werden, wünscht er in die verschiedenen Abtheilungen der Anstalt untergebracht zu sehen, um dieselben nach den verschiedenen Irreseinsformen behandeln zu können.

Eine der wichtigsten Bedingungen bei der regelrechten Organisation des Systems der Bettbehandlung ist die Dosirung. Einzelne Kranke müssen während des ganzen Tages (absolute Bettbehandlung) im Bette gehalten werden, andere können 2—4 Stunden täglich im Freien verbringen; andere das Mittag- und Abendessen gemeinschaftlich einnehmen, oder auch Früh und Abends einige Stunden in der Gesellschaft anderer Patienten verbringen, andere, besonders Genesende, können den ganzen Tag ausser dem Bett verbringen. Der Verf. betrachtet es jedoch als unumgänglich, dass dort, wo viel akute Kranke sich befinden, dieselben bis zu der Morgenvisite im Bett verbleiben, da dadurch das eigentliche System der Bettbehandlung gekräftigt werde. Jeder einzelne Fall muss jedoch individualisirt werden, mit Berücksichtigung anderer Methoden wie der Beschäftigung, des Offenthürsystems und besonders der psychischen Behandlung. Das Ideal einer guten Irrenanstalt bleibt immer die, wo Alles an derselben für das Wohl der Kranken bestrebt sei und dieselben von guten Menschen umgeben seien.

Die Indikationen und Kontraindikationen beruhen beide noch mehr auf der Erfahrung und dem Empirismus als auf streng wissenschaftlicher Basis. Zu den Hauptanzeigen gehören: allgemeine Erscheinungen von grosser Schwäche, Fieberzustände, psychomotorische Erregung, die Anfangsperiode akuter Psychosen, welche eine ganz besondere Fürsorge verlangen. Gegenanzeigen sind: Entstehung von Trägheit, Blutmangel aus Mangel an Bewegung, Geschlechtserregung, Onanie, bedeutende Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen, Unreinlichkeit und Veranlagung zum Schlafe während des Tages, was die Nachtruhe stört. Für die einzelnen Irrseinsformen

stellt *Korsakow* folgende Anzeigen: 1. In Formen, deren Ursache Infektion und grosses Fieber sind, strenge Bettbehandlung, selbst mit Anwendung von manuellem Zwang. 2. Delirium acutum. 3. Amentia Meynerti. 4. Bei ausgesprochener Manie. 5. Bei fast allen Arten von Melancholie mit Ausnahme der Melanch. agitata. 6. Bei Paranoia acuta in den Anfangszuständen und bei zunehmender Reizbarkeit, das Letztere gilt auch bei Paranoia chronica. 7. Bei Katatonia. 8. Bei Dementia präcox juvenilis. 9. Bei akuten Impulsen der erblichen Degeneration. 10. Bei epileptischen Anfällen und epileptischer Erregtheit und Zanksucht; doch bleibt es wünschenswerth, den Epileptikern so viel wie möglich Freiheit auf den Arbeitskolonien zu gestatten. 11. Bei Hysterie ist die Bettbehandlung nur bedingungsweise anzuwenden; dasselbe gilt auch von der Neurasthenie, Ausnahme bildet das Anfangsstadium neurasthenischer Psychosen. 12. Bei akutem Delirium tremens. 13. Bei Morphinismus, Cocainismus u. s. w. ist die Bettbehandlung von Nutzen und kann mit 14 Tagen abgeschlossen werden. 14. Bei allgemeiner Paralyse muss die Bettbehandlung mit grosser Vorsicht angewendet werden. 15. Bei organischen Psychosen kann die Bettbehandlung häufig Anwendung finden. 16. Bei Zuständen von angeborenem Schwachsinn ist dieselbe bei Aufregungen von nicht geringem Nutzen.

Zum Schluss seiner Abhandlung warnt der Verfasser vor der Ansicht, dass man mittels der Bettbehandlung jedes beliebige Krankenhaus in eine Irrenanstalt verwandeln könne; die Bettbehandlung ist durchaus nicht im Stande, die anderen Methoden der Irrenbehandlung zu verdrängen.

A. v. Rothe.

Wizel, Le traitement des aliénés par le repos au lit. Annal. méd-psych., Janv.-Février.

Verf. spricht sich sehr begeistert über die Bettbehandlung aus; die einschlägige Literatur bringt er bei, auch die deutsche, und kommt dann auf seine durchaus günstigen Resultate. Er will gefunden haben, dass das Körpergewicht durch die Bettbehandlung im Allgemeinen nicht beeinflusst wird; das Gewicht nahm bald ab, bald zu, auch bei demselben Kranken. Das Gewicht wird wahrscheinlich nur durch die Psychose beeinflusst. Die Verdauung wird selten ungünstig beeinflusst, resp. retardirt, tritt Obstipation ein, so muss die Ernährung geändert werden. Die Gefahr der Masturbation schlägt *W.* nicht hoch an; dieselbe sei überhaupt das Kreuz der Asyle! Jedenfalls könne man die Kranken auch in dieser Beziehung besser im Bett beaufsichtigen, als draussen, wo sie in allen Ecken heimlich masturbiren. In Tschiste, bei Warschau, scheint in diesem Punkte besonders viel gesündigt zu werden! Bettsucht als üble Folge der Bettbehandlung, will *W.* nie beobachtet haben.

Pâris, Le traitement par repos au lit en médecine mentale. Archives de neurologie, Mai.

P. befürwortet eine möglichst ausgedehnte Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken, da dieselbe nicht nur ein vorzügliches Beruhigungsmittel ist, besonders für Manische, sondern auch Verletzungen verhütet und die Neigung zu Thätlichkeiten und zerstörenden Handlungen vermindert. Hierdurch werden auch die etwa durch Vermehrung des Personals entstehenden Mehrkosten reichlich aufgewogen. *Schlüter.*

Marandon de Montyel, Einfluss des Alters auf die Störungen und Deformationen im Bereich der Pupillen bei den Wahnsinnigen. Revue de Psychiatrie, Déc., No. 12.

Verf. beobachtete bei 77 Fällen von Vesania auffallend häufige Störungen im pupillaren Apparat und hofft bei weiterer Bearbeitung eines grösseren Beobachtungsmaterials zu wichtigen differentialdiagnostischen Schlüssen besonders bezüglich des Initialstadiums der Paralyse gelangen zu können. Als bemerkenswerth bezeichnet er das einmalige Vorkommen der paradoxen Reaktion und in 3 Fällen die Beobachtung von Hippus. Auf die Ungleichheit der Pupillen übt das Alter nach den sorgfältig aufgestellten statistischen Tabellen einen nennenswerthen Einfluss nicht aus, dagegen steigen mit zunehmendem Alter etwas die Reflexstörungen, das Vorkommen von Myosis mit Ungleichheit der Pupillen und von beiderseitiger Myosis. Da dem Verf. die Zahl seiner Fälle als zu gering erscheint, sieht er von eingehenden Schlussfolgerungen ab. *Tantzen.*

Marchand und Vurpas, Experimentelle Untersuchungen über die Natur und den physiologischen Mechanismus des Patellarreflexes. Revue de Psychiatrie, Nov., No. 11.

Bei einer 25jährigen Paralytischen mit tabischen Symptomen, die durch die Autopsie bestätigt wurden, traten die vorher nicht nachweisbaren Patellarreflexe in den epileptischen Anfällen und noch mehrere Stunden nach Ablauf derselben wieder auf. Die Verf. suchen, hierdurch veranlasst, nachzuweisen, dass die Zuckung des Quadriceps beim Beklopfen der Kniesehnen nicht reflektorisch bedingt sei, sondern nur durch den Muskeltonus ausgelöst werde. Sie stellten ihre Prüfungen an mehreren Individuen an, bei denen die Patellarreflexe theils nicht nachweisbar, teils in normaler oder erhöhter Stärke vorhanden waren. Ein aufschlagender Hammer übte den Reiz aus, während die Zuckung einer Marey'schen Registrirtrommel mitgetheilt wurde. Die Reaktionszeit betrug zwischen $^{2}/_{100}$—$^{4}/_{100}$ Sekunden. Es war kein Unterschied in der Zeitdauer, wenn die Kniesehne oder der Muskelbauch des Quadriceps direkt beklopft wurden. Da die Reaktionszeit beim Plantarreflex nach Messungen der Verf. $^{25}/_{100}$ Sekunden beträgt, glauben sie sich gegen die Betheiligung des Rückenmarks beim Zustandekommen der Patellarreflexe aussprechen zu müssen. *Tantzen.*

Aus dem Neurologischen Centralblatt.

Bartels, W., Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung des N. peroneus prof. Neurolog. Centralblatt No. 1.

Den in der Literatur nur vereinzelt sich findenden Beobachtungen von isolirter Lähmung des N. peroneus prof. fügt Verf. einen weiteren Fall hinzu. Es hatte sich bei dem Patienten im Anschluss an einen Unfall ohne äussere Verletzung — Sprung über einen Baumstamm und Fall — eine periphere Neuritis mit degenerativer Lähmung in dem genannten Nervengebiet entwickelt, als deren Ursache eine Dehnung und Zerrung des Nerven anzunehmen war. Die motorische Lähmung entwickelte sich erst allmählich; die Sensibilität blieb erhalten. Dass die Lähmung von dem Pat. erst spät bemerkt wurde, ist nach Verf. vor Allem darauf zurückzuführen, dass die durch dieselbe bedingte Funktionsstörung (reiner Pes equinus) bei weitem nicht so stark ist wie bei totaler Peroneuslähmung (Pes equinovarus). Trotz der deutlichen Atrophie und der schweren Entartungsreaktion stellten sich alle ausgefallenen Bewegungen bis zu einem gewissen Grade wieder her. Verf. fügt seiner Arbeit eine Zusammenstellung der Literatur über Peroneuslähmung an. *Scheven.*

Schoenbom, S., Mittheilungen zur Friedreich'schen Ataxie. Neurol. Centralblatt No. 1.

Die 4 mitgetheilten Fälle von Friedreich'scher Ataxie bieten im Ganzen das typische Bild dieser Erkrankung. Nur der II. Fall erforderte eine genauere Differentialdiagnose, da hier die Erkrankung in unmittelbarem Anschluss an eine überstandene Diphtherie aufgetreten und von epileptiformen Anfällen begleitet war. Während die diffuse Atrophie und das jahrelang unveränderte Fortbestehen derselben gegen eine postdiphtherische Erkrankung sprach und die Diphtherie nur als agent provocateur erscheinen liess, war eine scharfe Abgrenzung der Friedreich'schen von der cerebellären hereditären Ataxie nicht möglich. Unter den mitgetheilten Fällen befinden sich 2 Geschwister, sonst war Heredität nicht nachweisbar. Alle Fälle zeigten Skoliose oder Kyphoskoliose. Die psychischen Funktionen waren mit Ausnahme des II. Falles intact. Im III. und IV. Fall war das Babinski'sche Phänomen — Veränderung des Plantarreflexes im Sinne einer trägen Dorsalflexion der Zehen — in exquisiter Weise vorhanden, wie es sich fast ausnahmslos bei Läsion der Pyramidenbahnen finden soll. *Scheven.*

Mendel, E., Die Tabes beim weiblichen Geschlecht. Neurolog. Centralblatt No. 1.

Nach der Statistik aus Verf.'s Poliklinik kommt 1 tabische Frau auf 2,7 tabische Männer, während unter seinen Fällen aus besseren Ständen 1 tabische Frau auf 25 tabische Männer kommt. Die Häufigkeit der Tabes beim Weibe im Vergleich zum Manne zeigt also dieselben Verhältnisse wie bei der allgemeinen Paralyse. Die grösste Häufigkeit des Beginns der Tabes beim Weibe zeigt nach Verf. das Alter von 40—45 Jahren. Die Tabes tritt danach beim Weibe im Allgemeinen etwas später auf als beim Manne. Bei 32,9 % der verheiratheten Tabischen bestand kinderlose Ehe. Die Kinderlosigkeit ist somit nach Verf. bei tabischen Frauen 3mal häufiger als bei nicht tabischen, unter gleichen sozialen Verhältnissen lebenden Frauen. Nach den Erfahrungen des Verf. ist der Verlauf der Tabes beim Weibe langsamer und milder als beim Manne. Gastrische und andere Krisen scheinen beim Weibe seltener, völlige Amaurose häufiger zu sein als beim Manne. *Scheven.*

Kienböck, *R.*, Die Untersuchung der trophischen Störungen bei Tabes und Syringomyelie mit Röntgenlicht. Nebst kritischen Bemerkungen zu *Nalbandoff*'s Aufsatz: Zur Symptomatologie der trophischen Störungen bei Syringomyelie (Osteomalacie). Neurolog. Centralblatt No. 2.

Bei der Untersuchung einer grösseren Anzahl von Fällen von Tabes und Syringomyelie mit Röntgenlicht fand Verf. bei Skelettveränderungen ganz charakteristische Bilder, so dass diese Untersuchungsmethode geeignet erscheint, bei manchen unklaren Fällen von Spontanfractur und Arthropathie die Diagnose zu festigen. Verf. tritt der Ansicht von Nalbandoff entgegen, dass die Entkalkung von Knochen bei Entzündungsprozessen eine durch die Syringomyelie verursachte Erscheinung sei und damit ein neues Symptom dieser Erkrankung darstelle. Vielmehr wird der Kalkschwund allein aus dem eitrigen Entzündungsprozess zu erklären sein. Ebenso widerlegt Verf. auf Grund seiner radiographischen Untersuchungen die Ansicht Nalbandoffs, dass die Spontanfrakturen bei Tabes und Syringomyelie auf Kalkarmuth beruhen. Eher kann hier die Ursache der abnormen Brüchigkeit der Röhrenknochen in einer durch abnorme Lagerung der Knochenbälkchen bedingten pathologischen Struktur und in Veränderungen der organischen Grundsubstanz gesucht werden. *Scheven.*

Mendel, *K.*, Ein Fall von Myasthenia pseudoparalytica gravis. Neurolog. Centralblatt No. 3.

Bei dem ausführlich mitgetheilten Falle war die Diagnose auf Myasthenia pseudoparalytica gravis mit Sicherheit zu stellen, ohne dass die Differentialdiagnose grössere Schwierigkeiten bot. Bemerkenswerth war die

Complication mit Hysterie, ferner das zeitweilige Schwanken der Pupillenweite bei Lichteinfall, welche an ein Ermüden und Wiederkräftigwerden des M. sphincter pupillae denken liess. Auffallend war weiter das Bestehen einer Nierenaffektion — geringe Albuminurie und vereinzelte Cylinder im Harn — und schliesslich eine Arhythmie des Herzens, bei welcher Verf. die Möglichkeit in Erwägung zieht, dass es sich um eine myasthenische Erkrankung des Herzens handelt. *Scheven.*

Strauss, *H.*, Ueber Blutdruckmessungen im Dienste der Diagnostik traumatischer Neurasthenien und Hysterien. Neurolog. Centralblatt No. 3.

Verf. hat mittels der Gärtner'schen tonometrischen Methode an einer Reihe von Fällen traumatischer Neurose, bei welchen Affektionen wie Arteriosclerose, chron. Nephritis, chron. Bleiintoxikation ausgeschlossen waren, unter peinlicher Anwendung aller nöthigen Cautelen dauernd hohe Werthe für den Blutdruck gefunden. Verf. glaubt schon jetzt den Satz vertreten zu können, dass wiederholte Feststellung relativ hoher Tonometerwerthe bei Personen, welche auf eine funktionelle Neurose verdächtig und frei sind von Blutdruck steigernden Affektionen, den anderweitig nahegelegten Verdacht auf das Vorhandensein einer Neurose stützen kann. Auch vergleichenden Blutdruckmessungen nach Analogie des Mannkopf'schen Versuches mit und ohne Druck auf angebliche Schmerzpunkte können in dieser Weise für die Feststellung thatsächlicher Nervenaffektion gegenüber der Simulation verwerthet werden. Jedoch werden erst weitere umfangreichere Untersuchungen darüber Aufschluss geben, wie gross die Bedeutung und Verwendbarkeit solcher Methoden ist. *Scheven.*

Rossolimo, *G. J.*, Ueber Dysphagia amyotactica. Neurolog. Centralblatt No. 4, 5, 6.

Unter der Bezeichnung Dysphagia amyotactica grenzt Verf. eine Störung des Schlingaktes ab, welche bei Leuten mit allgemeiner neuro- und pychopathischen Heredität auftritt, welche zudem verschiedene anatomische und funktionelle Anzeichen von Degeneration darbieten. Verf. theilt 8 Fälle dieser Erkrankung ausführlich mit. Die Schlingstörung entwickelt sich entweder als selbständiger Zustand verminderten Reflexes oder unter Betheiligung der Aufmerksamkeit in der Form eines Zwangsgedankens oder der Angst, ferner unter dem Einflusse irgend einer organischen Erkrankung der betheiligten Organe oder einer subjektiven sich aufdrängenden Empfindung mit entsprechender Lokalisation. Danach unterscheidet Verf. eine motorische, eine sensorische und eine psychische Form dieser Störung. Dieselbe kann sich je nach der Art der Auslösung entweder mehr auf feste Speisen, oder mehr auf flüssige oder auf beide Speiseformen zugleich er-

strecken. Die Erkrankung hat Neigung zu recidiviren und nimmt oft einen langwierigen über viele Jahre sich erstreckenden Verlauf.

Scheven.

Adler, Ueber Appendicitis in „nervösen" Familien. Neurolog. Centralblatt No. 4.

Verf. stellt die Hypothese auf, dass die Disposition für die Entstehung von Appendicitiden durch eine familiäre oder auf nervöser Basis auftretende Insufficienz der Darmmuskulatur gegeben sein kann, welche den Wiederaustritt hineingelangten Darminhaltes aus dem Proc. vermiformis verzögern und so die Bildung von Kothsteinen begünstigen kann. Ebenso dürfte nach Verf. bei der Entstehung eines peptischen Duodenalgeschwüres durch eine muskuläre Pylorusinsuffizienz ein begünstigendes Moment gegeben sein können. *Scheven.*

Adler, Ueber angeborene Kurzlebigkeit einzelner Theile des Nervensystems. Neurolog. Centralblatt No. 4.

Wie der senile und der Jugendblödsinn so ist nach Verf. auch eine Reihe von Nervenkrankheiten auf eine mangelhafte Anlage in Bezug auf die Lebensdauer einzelner Theile des Nervensystem zurückzuführen, als auf dem Boden einer schweren nervösen Degeneration entstehend anzusehen: so die Hérédoataxie cerebelleuse, die hereditäre Ataxie, viele Fälle von progressiver Bulbärparalyse, die verschiedenen Formen an Muskelatrophie, die Paralysis agitans, amyotrophische Lateralsclerose, Hemiatrophia facialis progr., manche Fälle von spastischer Spinalparalyse, chron. Myelitis, Atrophie des N. acusticus und opticus. Es sind hier ganze Organe oder Organtheile insofern mangelhaft angelegt, als ihnen nur für eine kurze Zeit Lebenskraft zuertheilt ist. In gleicher Weise ist nach Verf. auch die Entstehung einer Anzahl von nicht nervösen, somatischen Erkrankungen zu denken. *Scheven.*

Goldflam, *S.*, Weiteres über das intermittirende Hinken. Neurol. Centralblatt No. 5.

Bei der genannten Krankheit, deren Pathologie bereits von Charcot, Erb und Verf. ausführlich dargestellt ist, handelt es sich um eine meist symmetrische, zu Verengerung bezw. Verschluss der Gefässe führende Arteriitis an den unteren Extremitäten, deren Effekt noch durch vasomotorische Störungen gesteigert werden kann. Zuweilen kommt es zu spontaner Gangrän von verschiedener Ausdehnung. Neben dem charakteristischsten und wohl häufigsten Symptom des intermittirenden Hinkens sind Schmerzen, beim Gehen oder spontan auftretende, sowie Parästhesien

an den Beinen die hauptsächlichsten Symptome, welche zuweilen auch das Krankheitsbild beherrschen können. Verf. berichtet über einige Fälle, welche klinisch Besonderheiten aufwiesen. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen haben eine bis in die kleinsten Verzweigungen sich hinein erstreckende Endarteriitis der zuführenden Arterien des Fusses ergeben, deren Ursache aber noch dunkel bleibt. Von aetiologischen Momenten sind zu erwähnen: das Auftreten des Leidens im jungen und vollen Mannesalter, das Bevorzugen einer Rasse (z. B. Juden), das zuweilen beobachtete familiäre Auftreten, die Disposition zu nervösen und psychischen Erkrankungen und die häufiger nachgewiesene, allgemeine, vielleicht congenitale Schwäche des Gefässsystems. Von auslösenden Ursachen ist besonders der Nicotinismus zu nennen. Von therapeutischen Massnahmen hat Verf. meist keinen nachhaltigen Erfolg gesehen. *Scheven.*

Näcke, P., Zur Pathogenese und Klinik der Wadenkrämpfe. Neurolog. Centralblatt No. 7.

Verf. bespricht eine Reihe von Ansichten über die Entstehung der Wadenkrämpfe, die in der Literatur niedergelegt sind, bringt einige eigene Beobachtungen bei und stellt neue Probleme in dieser Frage auf, ohne aber zu neuen thatsächlichen Ergebnissen zu gelangen. Als häufigste Ursache dieser peripher bedingten. Krämpfe sind nach Verf. chemische Reize anzusehen. Dabei bleibe aber die Ursache der gesteigerten Erregbarkeit allein der Wadenmuskeln noch dunkel. Eine abnorme Blutmischung kann nur als Voraussetzung gedacht werden, während Gelegenheitsursachen, besonders abnorme Flexion, Extension und ungeschickte Bewegungen zur Auslösung der Krämpfe nöthig erscheinen. *Scheven.*

Pick, A., Neue Mittheilungen über Störungen der Tiefenlokalisation. Neurolog. Centralblatt No. 8.

Verf. theilt einen Fall mit, welcher die von ihm früher beschriebene Störung der Tiefenlokalisation zeigte, die hier transitorisch als Nacherscheinung eines apoplectiformen Anfalles bei einem Paralytiker auftrat. Mit der homonymen lateralen Hemianopsie, welche neben jener Erscheinung zu konstatiren war, hat die Störung keinen Zusammenhang, wie einige Fälle zeigen, wo die Hemianopsie für sich allein nach paralytischen Anfällen auftrat. Verf. weist darauf hin, dass bei den von Munk, Schäfer und Demoor bei Thieren vorgenommenen Excisionen des Parietallappens dieselbe Störung der Tiefenlokalisation und nicht eine solche des eigentlichen Sehens vorhanden war. *Scheven.*

Pfeiffer, R.. Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemitonia apoplectica (Bechterew). Neurolog. Centralblatt No. 9.

Verf. theilt einen Fall mit, welcher jene eigenartigen, nach Apoplexie auftretenden Motilitätsstörungen zeigte, wie sie v. Bechterew als Hemitonia apoplectia bezeichnet hat. Es bestand auch hier ein tonischer Krampfzustand einer Körperhälfte, welcher von psychischen Erregungen abhängig war, und eine funktionelle Hypertrophie der afficirten Muskelgruppen. Die Parese trat im klinischen Bilde fast ganz zurück; es fehlte weiter eine Steigerung der Sehnenreflexe. Auffallend war die Entwicklung der Hemitonie insofern, als 3 Krankeitsattacken auf einander folgten, von denen die erste unter dem Bilde einer Apoplexie verlief, die letzte, wie die zweite schleichend beginnend, zu dauernden Herdsymptomen führte. Der abnorme Spannungszustand der Muskulatur bildete sich erst im Verlauf der letzten Krankheitsepoche aus. Nach v. Bechterew ist der Sitz des Herdes bezw. der Hämorrhagie in den grossen Ganglien bezw. in der Nachbarschaft des hinteren Kapselschenkels zu suchen. Das gleichzeitige Vorhandensein einer Hemianopsie spricht auch in dem vorliegenden Fall für eine ähnliche Lokalisation. Die Therapie blieb erfolglos. *Scheven.*

Rosenfeld, M., Zur optisch-sensorischen Aphasie. Neurolog. Centralblatt No. 9.

Der mitgetheilte Fall betrifft einen 23 jährigen Patienten, bei welchem nach einem schweren Schlag gegen die linke Schädelhälfte Sprachstörung und Sehstörung aufgetreten war. Der Patient erkannte die Gegenstände vollkommen, fand aber nicht die Worte für diese concreten Begriffe. Es fehlte ihm auch die Fähigkeit, mit Hilfe des Tastsinnes die Wortklangbilder zu finden. Dagegen nannte er beim Betasten Glas, Holz, Metallstücke richtig. Es mangelten dem Patient also beim Betasten die Wortklangbilder für solche Gegenstände, an deren Identificirung durch Tactilität mehr räumliche bezw. optische Vorstellungen in Bewegung gesetzt werden müssen, während er mit Hilfe des Tastsinnes die Wortklangbilder solcher Gegenstände fand, zu deren Identificirung einfache Tastqualitäten genügen. Der Fall zeigt also, dass bei optisch-sensorischer Aphasie auch eine sogen. tactile Aphasie auftreten kann. *Scheven.*

Hermann, J. S., Myoklonische Zuckungen bei progressiver Paralyse. Neurolog. Centralblatt No. 11.

In dem mitgetheiltem Falle von progressiver Paralyse bestand eine motorische Störung, welche mit den bisher bei Paralyse beschriebenen Konvulsionen wenig Aehnlichkeit hat. In Anbetracht der Blitzartigkeit der Muskelkontraktionen, der konvulsiven Zuckungen in einzelnen Muskeltheilen und Sehnen, sowie des Fehlens der Symmetrie und der Gleichzeitigkeit der Muskelkontraktionen kommt Verf. zu der Diagnose: myoklonische Zuckungen, welche er hier als eine Komplikation der Paralyse auffasst.

Am wahrscheinlichsten ist nach Verf. eine cerebrale Ursache der Zuckungen. Dafür spricht das zunächst einseitige Auftreten derselben, ferner die der Lokalisation der motorischen Zentren in der Hirnrinde entsprechend allmählich erfolgende Ausbreitung der Zuckungen. Für die Aetiologie der Zuckungen kommen vielleicht die subarachnoidalen Cysten, welche in der motorischen Sphäre sich fanden, in Betracht. *Scheven.*

Steinhausen, Ueber den Scapula-Periostreflex. Neurolog. Centralblatt No. 11.

Verf. giebt eine Ergänzung zu der in diesem Blatte (1900, Nr. 5, 9, 22) veröffentlichten, zum Theil sich widersprechenden Beobachtungen von *v. Bechterew* und *Haenel* über den Scapula-Periostreflex. Bei der Untersuchung von 300 gesunden Soldaten ergab sich, das dieser Reflex, der ein echter Periostreflex ist, allein von der Abzweigungsstelle der Spina scapulae von dem medialen Bande derselben auszulösen ist. Die typische Reflexzuckung erstreckt sich auf das hintere Bündel des M. deltoides und ist bei Gesunden eine absolut konstante Erscheinung, wenn auch der Stärkegrad in ziemlich weiten Grenzen schwankt und die Zuckung zuweilen auf beiden Seiten ungleich stark ist. *Scheven.*

Nalbandoff, S. S., Erwiderung an Herrn Dr. *R. Kienböck* auf seine kritischen Bemerkungen bezüglich meiner Arbeit: „Zur Symptomatologie der trophischen Störungen bei Syringomyelie (Osteomalacie)“.

Kienböck, R., Erwiderung zu den obenstehenden Bemerkungen. Neurolog. Centralblatt No. 12.

Nalbandoff hält daran fest, dass die von ihm in einem Fall von Syringomyelie beobachtete Entkalkung der Knochenphalangen bei Phlegmone des Fingers eine absonderliche, in der Literatur bisher nicht erwähnte Erscheinung darstellt. Wenn ein Zusammenhang zwischen Kalkschwund und chronischer Phlegmone besteht, so kann er nur ein entfernter, „reflektorischer“ sein, bei dem die Hauptrolle anscheinend dem Grundleiden, der Syringomyelie zukommt.

Kienböck wiederholt seinen Widerspruch dagegen, dass die Entkalkung von Knochen bei Entzündungsprozessen auf eine bestehende Syringomyelie zurückgeführt werden kann; vielmehr entzieht sich dieser merkwürdige Befund, dem *K.* übrigens auch in einigen Fällen von Phlegmone der Hand bei sonst gesunden Individuen begegnete, zur Zeit noch gänzlich einer Erklärung. *Scheven.*

Laquer, *L.*, und *Weigert*, *C.*, Beiträge zur Lehre von den Erbschen Krankheit. Neurolog. Centralblatt No. 13.

Zu dem von *Laquer* beschriebenen Falle von Myasthenia gravis ergab die Sektion einen Tumor im vorderen Mediastinum, der sich mikroskopisch als eine bösartige Geschwulst der Thymusdrüse darstellte. Weiter fanden sich im Deltoideus und Zwerchfell reichliche Zellanhäufungen im Perimysium int. und ext., stellenweise zwischen die Muskelfasern eindringend, welche den in dem Thymustumor vorliegenden glichen, also als Muskelmetastasen jenes Tumors aufzufassen waren. Viel geringfügiger waren ähnliche Zellanhäufungen am Herzen, speziell im Pericard. *Weigert* betont, dass dies der erste positive Muskelbefund ist, der bei einem von fachmännischer Seite diagnostizirten Falle von Erb'scher Krankheit erhoben ist, und weist auf die bemerkenswerthe Komplikation dieser Krankheit mit Erkrankung der Thymusdrüse hin, welche bereits in mehreren Fällen beobachtet ist.

Scheven.

Mendel, *K.*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Dystrophia muskulorum progressiva. Neurolog. Centralblatt No. 13.

Verf. theilt 2, zwei Brüder betreffende Fälle von Dystrophia muskul. progress. mit, ferner einer dritten Fall derselben Affektion, bei welchem neben der typischen Dystrophia im Gesicht und in den unteren Extremitäten eine degenerative Atrophie im beiderseitigen Daumenballen und im Interosseus I sich fand. Ob es in letzterem Falle trotz des genannten Befundes sich um ein rein myopathisches Leiden handelt oder um eine Kombination von Myopathie und spinaler Erkrankung, lässt sich nicht sicher entscheiden. Jedenfalls zeigt dieser Fall, dass klinische Uebergänge zwischen beiden Leiden vorkommen können. *Scheven.*

Levy, *M.*, Ererbte Mitbewegungen. Neurolog. Centralblatt No. 13.

Die in dem mitgetheilten Falle beobachteten Mitbewegungen bestanden wesentlich in symmetrischen Mitbewegungen, besonders an den oberen Extremitäten, daneben, weniger hervortretend, in gleichseitigen Mitbewegungen, Mitbewegungen der Zunge bei Obduktion des Auges. Es fanden sich dabei nur solche Mitbewegungen, welche auch normalerweise angedeutet gefunden werden, und welche hier durch ihre Intensität und die Unfähigkeit des Kranken, sie zu unterdrücken, als pathologisch hervortreten. Derartige abnorme Bewegungen zeigten sich im vorliegenden Falle durch 3 Generationen vererbt. Verf. nimmt an, dass es sich hier um eine Hemmungsbildung, eine atavistische Erscheinung handelt, deren anatomische Ursache in der Verbindung der Nervenzelle mit der Nervenfaser zu suchen

ist. Auffallend war in diesem Falle bei Vater und Sohn die Neigung, mit der linken Hand Spiegelschrift zu schreiben. Während der Vater dieselbe infolge seiner grösseren Intelligenz unterdrücken konnte, war der Sohn hierzu unfähig. Eine ganze Reihe von Einzelheiten bei dem vorliegenden Falle bedarf noch der Erklärung. *Scheven.*

Hudovernig, C., Zur Pathogenese der Arthropathien bei Syringomyelie. Neurolog. Centralblatt No. 24.

Der mitgetheilte Fall von Syringomyelie verdient insofern ein besonderes Interesse, als er geeignet ist, die Frage der Entstehung der Arthropathien bei Syringomyelie zu beleuchten. Es war hier bei dem Kranken sowohl eine Erkrankung des Ellenbogengelenks als eine solche des Handgelenks entstanden im Anschluss an ein Trauma — kräftiges Stossen beim Rollen eines Rades, bezw. Fall auf die Hand —, welches in beiden Fällen wesentlich in der Form von Muskelzug einwirkt. Zu der Erklärung dieses schädlichen Einflusses des Traumas, welches den Ausgangspunkt einer schweren Arthropathie bildete, musste eine Prädisposition der Gelenke angenommen werden. Unter dem Einfluss der Rückenmarkserkrankung mussten die Gelenke eine auf trophischem Wege entstandene Veränderung des Ernährungszustandes, bezw. der Textur (*Charcot*) erlitten haben, auf deren Boden ein relativ geringfügiges Trauma eine schwere Arthritis mit Deformation einzelner Gelenkbestandtheile verursachen konnte. Diese, besonders von *Charcot* vertretene Ansicht dürfte nach Verf. für die meisten syringomyelitischen Arthropathien gültig sein. Verf. geht schliesslich auf die von *Nalbandoff* (cf. Neurolog. Centralbl. 1901, No. 12) entwickelte Ansicht über das Wesen des ostealen Prozesses bei syringomyelitischen Arthropathien ein. Der von jenem Autor in einem Falle beobachtete Kalkschwund der Knochen ist nach Verf. lediglich auf die bestehende Phlegmone zurückzuführen und höchstens anzunehmen, dass die durch die Phlegmone bedingte Knochendestruktion auf dem Boden einer syringomyelitischen Knochenveränderung in stärkerem Grade sich entwickeln konnte. *Scheven.*

Mendel, E., Zur Lehre von der Schwefelkohlenstoffvergiftung. Berliner klin. Wochenschrift No. 30.

Verf. berichtet über 2 von ihm beobachtete Fälle von Schwefelkohlenstoffvergiftung, in denen im Wesentlichen Atrophien im Gebiet beider Mediani, Ulnares und Radiales mit partieller Entartungsreaktion bestanden, ferner Schwäche im Gebiet vom Tibialis und Peroneus versorgter Muskeln, bei dem 2. Fall mit einer auf den Extensor digitorum brevis beschränkten elektrischen Veränderung. Ausser diesen Erscheinungen war in beiden Fällen nichts Krankhaftes nachweisbar, ausser einer beim 2. Falle be-

obachteten, unerheblichen, auf den äusseren Fussrand beschränkten Sensibilitätsstörung. Die vorliegenden Befunde sprechen nicht für die Annahme einer Neuritis, sind vielmehr am ehesten mit einer Erkrankung der Vorderhörner in Einklang zu bringen, wie sie bereits experimentell bei dieser Vergiftung nachgewiesen ist. Jedoch wird man, ebenfalls in Rücksicht auf die experimentellen Erfahrungen, auch in den vorliegenden Fällen daran zu denken haben, dass die dem Krankheitsbild zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen nicht nur an einer Stelle des Nervensystems zu suchen sind. *Scheven.*

Thiemich, *M.*, Ueber Enuresis im Kindesalter. Berliner klin. Wochenschrift No. 31.

Verf. führt aus, dass die Enuresis im Kindesalter kein lokales Leiden darstellt, das unter den Erkrankungen des uropoetischen Systems abgehandelt werden darf, sondern als ein Symptom einer allgemeinen Neurose aufzufassen ist, wie dies besonders durch die Erfahrungen über die Wirkungen der verschiedenen therapeutischen Massnahmen dargelegt wird. Die Enuresis ist nach Verf. eine Erscheinungsform der dem Kindesalter eigenthümlichen monosymptomatischen Hysterie.

Scheven.

Meyer, *E.*, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschrift No. 31.

Unter 51, innerhalb 6¼ Jahre in der Tübinger Klinik beobachteten Puerperalpsychosen, welche 4,5 % der Aufnahmen geisteskranker Frauen betrugen, und von denen 33 eigentliche Puerperalpsychosen, 18 Lactationspsychosen waren, befanden sich 11 Melancholien, 4 periodische Melancholien, 3 circuläre Psychosen, 5 Fälle von Paranoia, 9 von akuter Verwirrtheit, 14 Katatonien, 2 Hebephrenien, 2 epileptische und 1 hysterische Psychose. Puerperale Infektion wurde in 5, hereditäre Belastung in 29 der Fälle festgestellt. Bezüglich des Krankheitsbildes und -Verlaufs bieten die Fälle keine Abweichungen von dem, was im Allgemeinen für die betreffenden Psychosen Gültigkeit hat. Eine spezifische Puerperalerkrankung existirt nicht; vielmehr ist meist durch Wochenbett und Lactation nur eine Gelegenheitsursache für die Entwicklung der Psychose gegeben.

Scheven.

Alt, *C.*, Puerperalpsychosen. Sänger und v. Herff, Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie.

Verf. giebt eine kurze, aber abgerundete und übersichtliche Darstellung der Pathologie der im Anschluss an das Fortpflanzungsgeschäft auftretenden Psychosen. Die Beziehungen der physiologischen und pathologischen Ver-

hältnisse des Generationsgeschäftes zu der Entwicklung von Geistesstörungen finden besondere Berücksichtigung. Unter den im Allgemeinen depressiven Charakter tragenden Schwangerschaftspsychosen hebt Verf. das nicht selten zuerst während der Gravidität auftretende Zwangsirresein hervor, welches als Form des Schwangerschaftsirreseins noch nicht genügend beachtet ist. Die eigentlichen Puerperalpsychosen sind durch ihren halluzinatorischen Charakter ausgezeichnet, während die manischen und depressiven Formen seltener sind. Zwischen den Spätformen der Wochenbettserkrankungen und den Lactationspsychosen ist der Uebergang ein fluctuirender und willkürlicher: beide sind im Wesentlichen als Erschöpfungspsychosen aufzufassen. Hinsichtlich der Therapie betont Verf. die für alle schweren Formen nothwendige Anstaltsbehandlung und giebt eine Uebersicht über die therapeutischen Prinzipien und Massnahmen, wie sie auch vom Haus- oder Frauenarzt zu beachten sind. *Scheven.*

Ossipow, *V. P.*, Ein Fall von angeborenem partiellen Haarmangel in Beziehung zur Hautsensibilität. Neurolog. Centralblatt No. 14.

Bei dem beschriebenen Falle, bei dem speziell auf dem Kopfe nur 5 Haare vorhanden waren, konnte Verf. konstatiren, dass bei 3 derselben die Haarempfindlichkeit völlig oder nahezu völlig aufgehoben und nur bei 2 Haaren intakt war. Dazu zeigte sich in den umgebenden haarlosen Bezirken die Sensibilität für Berührung, Schmerz und Temperatur normal. Es ist hier also in Folge von Atrophie oder mangelhafter Entwicklung der im Bereich der Haarbälge gelegenen Nervenendigungen ausschliesslich die Haarempfindlichkeit beeinträchtigt worden, während die übrigen Qualitäten der Hautsensibilität durchaus intakt geblieben sind. Dieser Fall spricht demnach für die von *Bechterew*, *Ossipow* und *Noizewsky* begründete Annahme, dass die Haarempfindlichkeit eine Art der Hautsensibilität sui generis ist. *Scheven.*

v. Bechterew, *W.*, Ueber die psychischen Schluckstörungen (Dysphagia psychica). Neurolog. Centralblatt No. 14.

Verf. bespricht die krankhaften Angstzustände, welche sich äussern in der Furcht vor dem Schlucken, bezw. Sichverschlucken, mit oder ohne Vermittlung der Zwangsidee, an dem Bissen oder Schluck ersticken zu können. Diese psychische Form der Dysphagie, von der Verf. einige eigene Beobachtungen anführt, betrifft ausschliesslich Individuen mit mehr oder weniger ausgesprochener erblicher Belastung, bei denen nicht selten auch andere Erscheinungen von Neurasthenie und Hysterie zu Tage treten. Zuweilen giebt der psychische Shok bei einem Verschlucken oder Steckenbleiben eines Bissens den Anstoss zur Entwicklung des Leidens. Wo die

Dysphagie weniger als Ausdruck einer allgemeinen Neurose, sondern mehr als selbständiger Symptomenkomplex auftritt, soll sie sich durch Hartnäckigkeit und Beständigkeit auszeichnen. Therapeutisch am meisten wirksam bewiesen sich dem Verf. hypnotische Behandlung, lokale Faradisation sowie gemischte Behandlung mit Brom, Herzmitteln und Codeïn.

Scheven.

Näcke, P., Ein Beitrag zur gegenseitigen Beeinflussung der Geisteskranken (Fall von „musikalischer Infektion"). Neurolog. Centralblatt No. 14.

Verf. beobachtete, dass von einem agitirten Schwachsinnigen, welcher eine bestimmte Akkordfolge endlos herzusingen pflegte, ein anderer, psychisch tiefer stehender, schwerhöriger und sprachloser Schwachsinniger in der Weise psychisch „infizirt" wurde, dass er dieselbe Melodie in derselben oder wenig modifizirter Weise, in der gleichen Tonhöhe und in derselben Rhythmik lange Zeit hindurch wiederholte. Verf. stellt diese musikalischen Aeusserungen der beiden Kranken, in Noten gesetzt, zum Vergleich einander gegenüber. Entsprechend dem hochgradigeren Schwachsinn klebte der letztere Kranke ängstlich am Vorbild bei seinem Summen und Singen, variirte selten und monoton, auch seltener hintereinander als der erste Kranke. Weitere musikpsychologische Betrachtungen, welche sich an den vorliegenden Fall anknüpfen lassen, will Verf., durch weitere Beobachtungen vermehrt, später veröffentlichen. *Scheven.*

Rossolimo, G. J., Recidivirende Facialislähmung bei Migräne. Neurolog. Centralblatt No. 16.

Der mitgetheilte Fall betrifft eine Kranke, welche fast von Kindheit auf an hereditärer Hemicranie litt, die auf beiden Seiten und häufig hinter dem Ohr lokalisirt war. Nach besonders heftigen Migräneanfällen trat 4 mal eine Lähmung des gleichseitigen — 2 mal des rechten, 2 mal des linken — Facialis auf, welche nach einigen Monaten wieder verschwand. Bei 3 Anfällen war eine Infektion sicher auszuschliessen. Bei der Kranken war eine gewisse funktionelle Schwäche des Facialis schon von Natur vorhanden, wie auch bei ihrer Mutter und ihrer Tochter beim Schlafe ein mangelhafter Lidschluss bestand. Neben vielen verschiedenen vasomotorischen Störungen wies die Kranke auch solche, augenscheinlich die Migräne begleitende Störungen auf, welche sich sogar in Nasenbluten äusserten. Nach Allem scheint hier ein Zusammenhang der Gesichtsnervenlähmung mit der Migräne zweifellos zu bestehen. *Scheven.*

Stransky, E., Associirter Nystagmus. Neurolog. Centralblatt No. 17.

Verf. hat bei zwar neurotischen, aber augengesunden und an keiner organischen Nervenkrankheit leidenden Individuen beobachtet, dass, wenn man die Lidspalte ad maximum erweitert und die Personen das Auge unter Ueberwindung dieses Widerstandes langsam zu schliessen versuchen lässt, in einigen Fällen parallel mit den im Oberlid sichtbaren krampfhaften Kontraktionen des Orbicularis palpebrae ein deutliches, schnellschlägiges Oscilliren des Bulbus in horizontaler und schräger Richtung eintritt. Verf. fasst diesen Nystagmus, den er als assoziirten bezeichnet, als eine tremorartige Mitbewegung der Augenmuskeln auf, welche synchron mit dem durch forcirte Bewegungsanstrengungen erzeugten tremorartigen Blepharoklonus auftritt. Das Zustandekommen dieser Mitbewegung ist nach Verf. durch Ausstrahlen des Innervationsreizes vom Kerngebiet des Facialis, unter Vermittlung des Facial. longitud. post., auf jenes des Oculomotorius zu erklären. Klinisch wird der assoziirte Nystagmus vor Allem da, wo die Augenuntersuchung bei künstlich auseinander gespreizten Lidern vorgenommen werden muss, zu berücksichtigen sein. *Scheven.*

van Oordt, *M.*, Ueber intermittirendes Hinken. Neurolog. Centralblatt No. 17.

Verf. weist darauf hin, dass bei der sogenannten Dysbasia intermittens angiosclerotica das Vorhandensein der Gefässerkrankung allein nicht zum Auslösen des Symptomenkomplexes genügt, wie die Fälle zeigen, wo schon an den grossen Beingefässen der Puls nicht mehr fühlbar ist, ohne dass es zu intermittirendem Hinken kommt. Es ist also zum Zustandekommen des Hinkens noch ein weiteres begünstigendes Moment erforderlich. Für die Annahme, dass dieses in einer reizbaren Schwäche, bezw. konstitutionellen Minderwerthigkeit des Gefässsystems zu suchen ist, dafür sprechen 2 vom Verf. mitgetheilte Krankengeschichten. In beiden Fällen nimmt Verf. eine „angiopathische Diathese“ an, welche sich im ersten Fall in der schon in der Jugend sich zeigenden Intoleranz gegen Kaffee und in der ungünstigen Wirkung kleiner Digitalisgaben auf das Leiden dokumentirte, im 2. Falle in einer Venenerkrankung der Beine hervortrat, welche, auch bei den Kindern des Kranken bestehend, als eine familiäre bezw. erbliche Gefässerkrankung sich manifestirte. Als weitere das Gefässsystem betreffende Schädigung war im ersten Fall Kompression durch ein Bruchband, in beiden Fällen der chronische Tabakgenuss anzusehen. Nach Verf. ist also eine abnorme vasomotorische Reizbarkeit, ebenso wie sie zur Auslösung des einzelnen Anfalls verlangt wird, wohl auch für die Gefässerkrankung mit verantwortlich zu machen, besonders da, wo lange vor dem Auftreten der letzteren diese Reizbarkeit nachgewiesen werden konnte. Der zweite Fall zeigt ferner, dass neben der Arterienerkrankung auch Erkrankung des Venensystems komplizirend hinzutreten und ihrerseits durch Stauung die sensiblen Symptome, speziell die Schmerzen hervorrufen kann, was auch für die Therapie von Bedeutung ist. *Scheven.*

Wallenberg, A., Stichverletzung des dritten linken Dorsalnerven am Ganglion spinale. Neurolog. Centralblatt No. 19.

In dem vorliegenden Falle hatte eine Stichverletzung im Rücken, bei welcher eine schwere Verletzung bezw. vollständige Durchtrennung des 3. linken Dorsalnerven bei seinem Austritt aus der Wirbelsäule anzunehmen war, eine geringe Hypaesthesie im Bereich der Haut zwischen Sternum und linker Mamilla, deren grösste Intensität längs des 3. Rippenknorpels bestand, ferner eine stärkere Hypaesthesie längs der Innenfläche des linken Oberarms von der Achselhöhle bis 9 cm oberhalb des Condyl. int. humeri zur Folge. Die anfänglich bestehende Dyspnoe und Praecordialangst, sowie die länger dauernde Pulsverlangsamung ist nach Verf. mit Wahrscheinlichkeit auf die Durchschneidung der zum Plexus aorticus pulmonalis, indirekt auch zum Plexus cardiacus führenden Sympathicusäste des 3. Dorsalnerven zu beziehen. *Scheven.*

Orlowski, St., Ueber einen Fall von Brückenverletzung bei intaktem Schädel. Neurolog. Centralblatt No. 19.

Bei dem geschilderten, höchst interessanten Falle war nach einem Messerstich in die rechte Nackengegend 1. rechts eine Lähmung des sensiblen 5., des 6., 7. und 8. Hirnnerven, 2. links eine vorübergehende Hemiparese und eine dauernde Hemianaesthesie aufgetreten. Es war als das Wahrscheinlichste anzunehmen, dass das Messer durch die Membrana obturatoria post. dicht am Seitenrande des For. magnum in die Schädelhöhle eingedrungen war und eine rechtsseitige Brückenläsion herbeigeführt hatte, welche die Gegend der Schleife und die Kerne der gelähmten Hirnnerven geschädigt hat. Im Gebiet des 8. Hirnnerven war neben einer Läsion des N. cochleae (Herabsetzung der Hörfähigkeit rechts) auch eine solche des N. vestibuli (Gleichgewichtsstörung) anzunehmen, wobei der Ort dieser Läsion — Bechterew'scher Kern oder Brückenarm oder Acusticusstamm — nicht näher zu bestimmen war. Den bestehenden Nystagmus bringt Verf. ebenfalls mit der Störung im Gebiet des N. vestibuli in Zusammenhang. Auffallend war die Koordinationsstörung der rechten Extremitäten, welche nicht in den Rahmen der Ponsläsion passt; jedoch vermuthet Verf., dass der einseitige Ausfall der Bogengängefunktion auch hier eine gewisse Rolle gespielt hat. *Scheven.*

Pándy, Coloman, Die Entstehung der Tabes. Summarische Mittheilung. Neurolog. Centralblatt No. 23.

Die Untersuchungen des Verf. haben ergeben, dass die Hinterstränge des Rückenmarks gegen jede Stoffwechselveränderung — sei diese durch Pellagra, Ergotin, Blei, Branntwein, Lues, Diabetes, Vitium cordis oder

durch irgend eine andere Ursache bedingt — in der Gegend der Bandelettes externes oder der Zona intermedialis am empfindlichsten sind. Die hier einsetzende Degeneration verbreitet sich immer von hier aus weiter auf die zusammenhängenden und benachbarten Fasern. Ferner konstatirte Verf., dass bei universeller Arteriosclerose unabhängig vom Senium eine der tabischen entsprechend lokalisirte Degeneration der Hinterstränge auftreten kann. Die Befunde bei einem Falle von Meningomyelitis luetica zeigten, dass bei Degeneration der hinteren Wurzeln die Hinterstränge unverändert bleiben können. Auf Grund seiner Studien kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Tabes eine auf dem Charcot-Pierret'schen Felde der Hinterstränge (Bandelettes externes, Zone intermediaire) beginnende endogene, pseudosystematische Erkrankung ist, welche allem Anscheiu nach im Wege einer chronischen luetischen Vergiftung der Hinterstränge entsteht.

Scheven.

Saenger, *A.*, Ueber Hirnsymptome bei Carcinomatose. Neurolog. Centralblatt No. 23.

Nach den Beobachtungen des Verf. lassen sich die Hirnsymptome bei Carcinomatose in solche allgemeiner und solche spezieller Natur eintheilen, welche sich natürlich mit einander kombiniren können. Die ersteren, nicht auf anatomische Veränderungen zurückzuführenden, wahrscheinlich toxisch bedingten Erscheinungen äussern sich in Koma, Apathie oder Demenz. Die Gruppe der Symptome spezieller Natur (Herdsymptome) zerfällt wieder in Symptome ohne makroskopischen Befund und solche mit makroskopischem Befund. Bei den ersteren handelt es sich wahrscheinlich meist um mikroskopische Krebsmetastasen oder um Veränderungen, welche den heutigen Untersuchungsmethoden nicht zugänglich sind. Die Herdsymptome mit makroskopischem Befund sind durch Geschwulstmetastasen verschiedener Grösse oder durch Erweichungen oder Blutungen ohne Metastasenbildung bedingt. *Scheven.*

v. Bechterew, *W.*, Ueber den hypogastrischen Reflex. Neurolog. Centralblatt No. 14.

Verf. weist auf einen Reflex hin, welcher durch mechanische Reizung der Haut an der inneren Fläche des Oberschenkels nahe der Leiste auszulösen ist und sich durch Einsinken der Regio suprainguinalis, wahrscheinlich infolge von Kontraktion des M. obliquus abdominis, äussert. Das Niveau seiner Uebertragung muss unmittelbar abwärts vom dem des Bauchreflexes liegen, also dem unteren Abschnitt des Brustmarks entsprechen. Der genannte Reflex, den der Verf. als hypogastrischen, zum Unterschied vom abdominalen und epigastrischen, bezeichnet, scheint eine grössere Konstanz zu besitzen als der Bauchreflex und zeigt bei cerebralen Affektionen das-

selbe Verhalten wie letzterer, weswegen seine Prüfung in jedem Falle erforderlich erscheint. *Scheven.*

Hudovernig, C., Zur Frage des Supraorbitalreflexes. Neurolog. Centralblatt No. 20.

Bezüglich des von Mc Carthy als Supraorbitalreflex geschilderten Phänomens führt Verf. aus, dass dasselbe nicht als ein reiner Reflex zu betrachten sei, vor Allem weil das Zittern des M. orbicularis palp., welches übrigens durch Beklopfen des M. frontalis in dessen ganzer Ausdehnung ausgelöst wird, auch bei Exstirpation des Ganglion Gasseri unverändert vorhanden ist. Es handelt sich hier vielmehr nach Verf. nur um eine Weiterverbreitung des mechanischen Muskelreizes auf einen benachbarten und von demselben Nerven innervirten Muskel. *Scheven.*

v. Bechterew, W., Ueber Reflexe im Antlitz- und Kopfgebiete. Neurolog. Centralblatt No. 20.

Die für die Diagnose der Erkrankungen des Gehirns und der Gehirnnerven in Betracht kommenden Reflexe sind folgende: 1. der Konjunktivalreflex, 2. der Augenreflex, 3. der Jugalreflex, 4. der Nasalreflex, 5. der Mandibularreflex und 6. der Pharyngealreflex. Der vom Verf. sogenannte Augenreflex wird durch Beklopfen des ganzen frontotemporalen Theils des Schädels und des Jochbogens hervorgerufen und äussert sich in einer Kontraktion des M. orbicularis oculi. Mit diesem, meist doppelseitigen Reflex ist nach Verf. auch der von McCarthy (Neurol. Centralbl. 1901 Nr. 17) als Supraorbitalreflex beschriebene identisch. Diesem Autor gegenüber betont Verf., dass es sich hier nicht um einen durch Reizung des Stammes des N. supraorbitalis und seiner Verästelungen auszulösenden Reflex, sondern um einen gewöhnlichen Periostreflex handelt, und dass sich dieser Reflex nicht in einer fibrillären, sondern einer einfachen Kontraktion des M. orbicularis äussert. Der weniger konstante Jugalreflex wird durch Beklopfen des Jochbeins hervorgerufen und äussert sich in Rück- und Aufwärtsbewegung des Mundwinkels. Der Nasalreflex wird durch mechanische Reizung der Schleimhaut der tiefer gelegenen Abschnitte der Nasenhöhle ausgelöst und äussert sich in Schrumpfung der Nase und Contraktion der gleichseitigen Wange. *Scheven.*

McCarthy, D. J., Der Supraorbitalreflex. Ein neuer Reflex im Gebiet des 5. und 7. Nervenpaares. Neurolog. Centralblatt No. 17.

Der genannte Reflex, den Verf. an 100 normalen Personen beobachtet hat, besteht darin, dass bei offen und ruhig gehaltenen Augen durch Be-

klopfen dez Supraorbitalnerven ein fibrilläres Zittern des M. orbicularis palpebrarum ausgelöst wird. Bei erhöhter Reflexerregbarkeit dehnt sich die reflexogene Zone über den ganzen Verlauf des Nerven aus, während sie bei herabgesetzter Erregbarkeit auf die Austrittsstelle des Nerven beschränkt ist. Der Reflexbogen besteht aus dem Supraorbitalast des Trigeminus, dem Trigeminus selbst, dem Facialis und dessen Ast zum M. orbicularis palpebrarum. Dementsprechend war auch das Verhalten des Reflexes bei pathologischen Fällen. *Scheven.*

Treitel, *L.*, Ueber funktionelle Herabsetzung der Hörfähigkeit. Neurolog. Centralblatt No. 15.

Verf. weist darauf hin, wie schwierig die Erkennung und Beurtheilung von Herabsetzungen der Hörfähigkeit ist, welche durch Hysterie verursacht sind, weil in der Regel die hysterische Beeinträchtigung des Gehörs an eine objektive Veränderung im Gehörgang anknüpft. Er theilt 2 Fälle mit, welche 2 verschiedene Formen demonstriren, unter denen die Hysterie das Gehör herabsetzen kann, und welche zeigen, wie es in praxi gelingen kann, ohne dass einzelne Symptome als sicheres diagnostisches Mittel festzustellen sind, den hysterischen Charakter der Hörstörung zu erkennen.

Scheven.

Homburger, *A.*, Erfahrungen über den Babinski'schen Reflex. Neurolog. Centralblatt No. 15.

Verf. hat den sogenannten Babinski'schen Reflex, welcher in isolirter Dorsalflexion der grossen Zehe bei Reizung der Fusssohle besteht, an einer grossen Anzahl nervengesunder Individuen und an einer Reihe von Fällen „funktioneller“ und organischer Erkrankung des Centralnervensystems nachgeprüft. Dabei war der Reflex bei keinem einzigen Gesunden oder an funktioneller Neurose Leidenden oder Tabischen auszulösen, dagegen in 76,8% der Fälle organischer Erkrankung des Tractus cortico-spinalis. Die letzteren Befunde gestatten den Schluss, dass das Vorhandensein des Babinski'schen Reflexes eine organische Läsion der Pyramidenbahn beweist, sein Fehlen eine solche nicht ausschliesst. *Scheven.*

Sommer, *Max*, Zur Frage der erblichen Uebertragbarkeit der Brown-Séquard'schen Meerschweinchenepilepsie. Neurolog. Centralblatt No. 4.

Verf. hält entgegen der Ansicht Obersteiner's an seiner früher aufgestellten Annahme fest, dass keine sichere, zweifellos positive Thatsache dafür vorliegt, dass der bei Meerschweinchen künstlich erzeugte epileptische Zustand sich erblich übertragen kann. Verf. fasst die bei 2 Jungen Ober-

steiners's aufgetretenen Krampfanfälle lediglich als ein Symptom allgemeiner Decrepidität, als ein Ausdruck der Lebensunfähigkeit auf. Die Annahme, dass die Jungen sich in dem gleichen epileptischen Krankheitszustand befanden, wie er bei den Eltern infolge der Operation aufgetreten war, ist nicht bewiesen. Verf., der bei seinen Zuchten nur normale Junge erzielte, hat Krämpfe bei den Nachkommen von epileptischen Tieren nicht beobachtet. Verf. hofft durch neue Versuche an Zuchten von epileptisch gemachten Meerschweinchen, welche künstlich geschwächt und in ungünstige Verhältnisse gebracht sind, die umstrittene Frage zur Lösung zu bringen.

Scheven.

---

7. Paralyse und syphilitische Psychosen.

Ref.: Schlüter-Gehlsheim.

Fröhlich, Ueber allgemeine progressive Paralyse der Irren vor Abschluss der körperlichen Entwickelung. Inaugural-Dissertation. Leipzig 1901.

Fr. giebt im Anschluss an eine 83 Fälle von Paralyse bis zum 21. Lebensjahr enthaltende Tabelle die Geschichte zweier von ihm selber beobachteten Kranken und fügt noch einige allgemeine Bemerkungen hinzu über Symptomatologie etc. — Das Prodromalstadium der juvenilen Paralyse erstreckt sich oft über mehrere Jahre. Fast regelmässig handelte es sich um die demente Form, nur bei 12 unter allen Fällen traten überhaupt Wahnideen auf. Das körperliche Krankheitsbild war dagegen mannigfaltiger. Paralytische Anfälle fehlten nur selten und traten vielfach schon frühzeitig auf, ebenso spastische und schlaffe Lähmungen. Auffallend häufig war Opticusatrophie vorhanden (9,5 %). Sehr deutlich trat der hemmende Einfluss des Leidens auf die körperliche Entwicklung hervor, besonders auf die der Sexualorgane; bei weiblichen Individuen blieb die Menstruation entweder ganz aus oder schwand wieder. Auch das Gehirn zeigte sich von dieser Entwicklungshemmung stark betroffen, so dass sein Gewicht bisweilen nur 700 gr. betrug. Erbliche Belastung war in 61 % aller Fälle sicher nachzuweisen, hereditäre Lues in 36 Fällen, wahrscheinlich war sie noch in 30; viermal lag direkte Infektion vor. Der früheste Beginn fiel ins 8. Lebensjahr, der früheste Todesfall ins 10. Die Diagnose ist desto schwieriger, je jünger das Individuum ist.

Hoppe-Alt-Scherbitz, Statistischer Beitrag zur Kenntniss der progressiven Paralyse. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.

H. behandelt 501 Fälle (427 M. und 74 Fr.) von Paralyse, welche von 1876—1893 in Alt-Scherbitz zur Beobachtung gekommen sind.

Während 1886 in ganz Deutschland 4,95 % aller Geisteskranken in Anstalten Paralytiker waren, betrug ihre Anzahl 1887/88 in Scherbitz 8,5 %; der Prozentsatz unter der Gesammtsumme der Aufnahmen stieg von 1887—1892 von 20 auf 30, das Verhältniss der Männer zu den Frauen betrug 5,8 : 1,0. Es kam in den Städten ein Paralytiker auf 3000 Einwohner, auf dem Lande einer auf 9000. Ein besonders hohes Kontingent stellten — wie auch anderweitig bereits hervorgehoben worden — die Eisenbahnbeamten; die höheren Stände sind im vorliegenden Material naturgemäss nur schwach vertreten. Von den Männern erkrankten 77,9 % zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr, bei den Frauen war die Vertheilung eine gleichmässigere, jedoch konnte eine wesentlich längere Krankheitsdauer bei ihnen im Gegensatz zu anderen Erfahrungen nicht festgestellt werden. Paralytische Anfälle kamen bei 43 % der Männer und 29,3 % der Frauen vor, in allen Stadien der Krankheit. Eine bestimmte Form der Paralyse liess sich selten aufstellen, meist war das Bild ein sehr wechselndes, nur überwog bei den Frauen die demente Form bedeutend. Als ätiologische Momente wurden von 1886—1893 angegeben: Gemüthsbewegungen in 22,9 % bei den Männern, in 33,3 % bei den Frauen; Trauma capitis 17,3 % M., 5,9 % Fr.; Alkoholismus 28,5 M., 5,9 Fr.; Lues 34,6 % M., 23,5 % Fr. Erbliche Belastung fand sich bei 41,9 % der Männer und 39,2 % bei den Frauen. Eine bedeutende Rolle schreibt *H.* der Erblichkeit zu bei der juvenilen Psychose, soweit nämlich die Syphilis der Eltern in Betracht kommt.

Moravcsik-Budapest, Ueber die Frühsymptome der progressiven Paralyse. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.

Die frühzeitige Erkennung der Paralyse ist oft sehr schwer, besonders die Differentaldiagnose gegenüber der Neurasthenie und Hysterie; bisweilen wird ein erfahrener Beobachter lediglich aus dem Gesammteindrucke der Person die Diagnose stellen können. Die Initialsymptome gehen dem Ausbruche der eigentlichen Krankheit in der Regel schon Jahre lang voraus. Ganz allmählich stellen sich Verlangsamung der geistigen Funktionen und leichte Ermüdbarkeit ein, das Gedächtniss, selbst für sehr geläufige Worte und Namen, nimmt ab etc. Auch der Charakter ändert sich früh, der Kranke wird wankelmüthig und reizbar, rücksichtslos gegen die Umgebung, nachlässig in der Kleidung. Bisweilen tritt auch ein paranoischer Zug hervor mit Beeinträchtigungs- und Eifersuchtsideen. Körperlich sind Kopfschmerz und Ohrensausen nicht selten, der Schlaf

leidet, ist oberflächlich, durch Beklemmungen und ängstliche Träume gestört. Die Widerstandsfähigkeit gegen Schädlichkeiten (Alkohol etc.) nimmt ab, Verdauungsstörungen ohne nachweisbare Ursache treten auf. Ferner sind zu erwähnen Salivation, Differenz und mangelhafte Reaktion der Pupillen, Störungen von Sprache und Schrift. — Angesichts des Wechsels und der Mannigfaltigkeit der Frühsymptome muss man an einen Reizzustand im Zentralnervensystem denken, bei welchem vasomotorische Störungen wahrscheinlich eine Hauptrolle spielen.

Eisath-Hall, Ueber die Aetiologie der progressiven Paralyse in Deutsch-Tirol. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.

Von 1889—1899 wurden in der Landesirrenanstalt Hall und in der psychiatrischen Klinik zu Innsbruck 128 Paralysen beobachtet (104 M. und 24 Fr.), die aus Deutsch-Tirol stammten, = 5 % aller Aufgenommenen. Unter ihnen waren 27 % mit sicherer Lues, 34 mit zweifelhafter und 39 ohne Zeichen von Lues; dagegen war bei den übrigen Geisteskranken nur in 1,3 % Syphilis nachweisbar. Paralytische Ehepaare fanden sich zwei, ausserdem einmal Paralyse bei Vater und Sohn. Das Verhältniss der Männer zu den Frauen betrug 3,9 : 1,0, während nach einer allerdings sehr unvollständigen Zählung 6 wegen Syphilis behandelte Frauen auf 5 Männer kamen, ein Missverhältniss, das sich vorläufig nicht erklären lässt. Der Satz, dass mit der Zahl der Luetischen auch die der Paralytiker zunimmt, findet sich auch für Deutsch-Tirol bestätigt. — Alkoholismus war in 36,5 % als Aetiologie angegeben, Trauma in ca. 8,5 %, geistige Ueberanstrengung bei dem vorwiegend aus der ländlichen Bevölkerung stammenden Material nur in 5 Fällen.

Jahrmärker-Marburg, Beitrag zur Dementia paralytica beim weiblichen Geschlecht. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58, Heft 1.

J. bespricht 54 von 1877—1897 in der Marburger Klinik behandelte Fälle von Frauenparalysen. Lues war bei 11 Patientinnen sicher, bei 4 wahrscheinlich vorhanden gewesen; ausserdem waren 10 Frauen kinderlos verheirathet. Ein deutlicher Einfluss des Klimakteriums war nicht nachweisbar. Der Verlauf wich nicht wesentlich von dem bei den Männern ab, nur waren die Erregungszustände im Ganzen milder und die Grössenideen trugen eine dem weiblichen Charakter entsprechende Färbung (körperliche Schönheit, vornehme Heirath, zahlreiche Kinder etc.). Es kam eine paralytische Frau auf beinahe sieben paralytische Männer, jedoch war eine geringe Zunahme bei den Frauen trotzdem festzustellen.

Régis, Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire. Archives de neurologie. Juin.

Vorliegender ist der fünfte von *R.* veröffentlichte Fall von juveniler Paralyse. Derselbe betrifft einen 23jährigen, von einem trunksüchtigen syphilitischen Vater stammenden jungen Mann, bei welchem die Krankheit im 18. Lebensjahr auftrat. Es handelte sich um eine ausgesprochen demente Form mit sehr schleichender Entwicklung, so dass sie lange Zeit unerkannt blieb und Patient trotz seines schweren Gehirnleidens noch zum Militär eingezogen und erst nach etwa einem Jahr entlassen wurde. Zu erwähnen ist noch, dass bei diesem 20jährigen Menschen ein Fall auf ebener Erde beim Exerziren genügte, um eine Oberschenkelfraktur herbeizuführen.

Marandon de Montyel, Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. Arch. de neurologie. Juillet.

Die Geschlechtsfunktionen wiesen eine Störung auf in 90,5 % aller Fälle, während der Remissionen auch noch 86 %. Eine Steigerung war vorhanden bei 14,5 %, sonst stets eine Abnahme, und zwar fand erstere sich besonders bei der dementen Form. Für die Prognose haben diese Störungen keine Bedeutung, dagegen sind sie beim Beginn der Krankheit diagnostisch verwerthbar. Ihr Fortbestehen auch während der Remissionen beweist oft, dass trotz Zurücktretens fast aller anderen Symptome doch keine Heilung vorliegt.

Marie et Buvat, Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. Archives de neurologie. Juillet.

Verfasser berichten über drei Fälle von Paralyse, in denen gleichsam eine Verdoppelung der Persönlichkeit vorlag; die Kranken glaubten in ihrem Innern (in der Brust oder im Munde) eine fremde Person zu haben, die mit ihnen sprach, bald Angenehmes, bald Unangenehmes, die ihre Stimme annahm, mit ihrer Hand schrieb etc. Im ersten Falle waren es sogar zwei Frauen, im zweiten und dritten ein Mann resp. eine Frau.

Brie-Grafenberg, Tabo-Paralyse und Unfall. Irrenfreund, Jahrgang 42, No. 3 u. 4.

Ein Schachtmeister erlitt Anfangs August 1898 eine Quetschung des rechten Fusses, der im Laufe der nächsten Monate zunehmende schmerzlose Schwellung zeigte und Verdacht auf tabische Gelenkerkrankung erweckte. Es bestand denn auch eine bereits vorgeschrittene Rückenmarks-

schwindsucht. Während dies Leiden rasche Fortschritte machte, traten ca. 1 Jahr nach dem Trauma Symptome von progressiver Paralyse auf. Bei der Aufnahme in die Irrenanstalt war er bereits stark verblödet, erlitt dann einen paralytischen Anfall und starb am 14. September 1900. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose. — Verf. nimmt an, dass weder die Tabes noch die Paralyse mit dem Unfall in ursächlichem Zusammenhang standen.

Marina-Triest, Studien über die Pathologie des Ciliarganglions beim Menschen mit besonderer Berücksichtigung desselben bei progressiver Paralyse und Tabes etc. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. XX.

Die vorliegende Arbeit bildet die Fortsetzung zweier früherer Arbeiten *M.*'s über „Multiple Augenmuskellähmungen etc.“ und „Ueber das Neuron des Ganglion ciliare“. Er fand das Ganglion ciliare und die Ciliarnerven bei Tabes fast regelmässig verändert, bei der Paralyse nur dann, wenn die Pupillenreaktion bei Lebzeiten abnorm gewesen war. Es handelte sich um eine chronische, langsam verlaufende Degeneration der Ganglienzellen bis zum Schwunde derselben. Beim Ganglion Gasseri war der Befund wechselnd, jedoch konnte in mehreren Fällen sicher eine Erkrankung nachgewiesen werden. Das Ganglion cervicale supremum war bei der Paralyse in 33 % der Fälle sicher verändert, bei der Tabes waren 50 % pathologisch. Die Spinalganglien zeigten sich bei Tabes meist erkrankt, bei der Paralyse blieb der Befund unsicher. — *M.* kommt zu dem Resultate, dass das Ganglion ciliare ein peripheres Zentrum für die Pupillenerregung bildet.

Storch-Breslau, Ueber einige Fälle atypischer progressiver Paralyse. Nach einem hinterlassenen Manuskript Dr. *H. Lissauer*'s. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. IX.

St. hat die betreffenden Aufzeichnungen *Lissauer*'s geordnet und Lücken nach eigenem Ermessen ausgefüllt.

Atypisch nennt *L.* die Paralyse, wenn der Prozess, das Stirnhirn relativ freilassend, sich vornehmlich in der hintern Stirnhälfte lokalisirt und in akutem Schüben mit Anfällen verläuft, so dass das Bild der Jackson'schen Epilepsis ähnlich wird.

Als das Primäre des paralytischen Prozesses betrachtet *L.* die Erkrankung der Ganglienzellen der Grosshirnrinde, fast alle andern Veränderungen sind sekundärer Natur. Die in den atypischen Fällen nach Anfällen zurückgebliebenen Herdsymptome zeichnen sich durch grosse Rückbildungsfähigkeit aus, erst wiederholte Attaquen bewirken bleibende Schädigungen, also völlige Zerstörung der Ganglienzellen, die schichtenweise

erfolgt. Die schichtenweise Zerstörung ist neben dem Auftreten des Tuczek'schen Streifens das einzig sichere Zeichen der progressiven Paralyse, das schon mit unbewaffnetem Auge sichtbar ist.

Tollens-Göttingen, Bildungsanomalien (Hydromyelie) im Centralnervensystem eines Paralytikers. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. IX.

Bei einem 33jährigen wurde zufällig folgender Befund im Rückenmark festgestellt: Der Zentralkanal war beträchtlich weiter als normal, besonders im Halsmark. Er ist mit normalem Zylinderepithel ausgekleidet, welches nur an einigen Stellen des Halsmarkes durch gewucherte Gliazellen ersetzt ist; jedoch konnte von einer wirklichen Gliose keine Rede sein und somit auch nicht von Syringomyelie. Hinter dem Zentralkanal fand sich im Brustmark ein zweites Lumen, von ersterem durch einen breiten Streifen der hinteren grauen Kommissur geschieden. Im Uebrigen zeigte das Rückenmark ausser Verdrängungserscheinungen keine Abnormitäten. — Es handelt sich zweifellos um embryonale Entwicklungshemmungen. Der Zentralkanal hat noch ganz das Aussehen eines foetalen, er ist in Folge eines Hydromyelus zu weit geblieben. Der zweite Hohlraum muss auf mangelhaften Schluss des Medullarrohrs zurückgeführt werden, wofür seine Lage und Auskleidung mit Epithel sprechen. Ob diese Anomalien mit der Paralyse in Zusammenhang zu bringen sind, ist fraglich, jedoch müssen sie als Minderwerthigkeit des Zentralnervensystems aufgefasst werden, welches daher Schädlichkeiten (Syphilis etc.) schlecht widerstehen kann.

Binswanger, Zur allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Taboparalyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. X.

Die Syphilis führt in erster Linie und am häufigsten jene Ernährungsstörungen im Zentralnervensystem herbei, welche bei angeborener Minderwerthigkeit oder erworbenen Gewebsschädigungen die progressive Degeneration cerebraler und spinaler Nervenelemente hervorrufen. Welche Theile im Einzelfalle ergriffen werden, hängt noch von anderen Faktoren ab. Für die Diagnose der Taboparalyse genügt es nicht, dass reflektorische Pupillenstarre oder das Westphal'sche Zeichen bei bestehender Paralyse vorhanden sind, da diese Symptome bei jeder der beiden Krankheiten allein vorkommen können, sondern es müssen noch mehr tabische Erscheinungen da sein (Ataxie, Sensibilitätsstörungen, Sehnervenatrophie etc). Charakteristisch sind die Fälle, in denen erst nach jahrelangem Bestehen der Tabes paralytische Erscheinungen auftreten, bald ganz allmählich,

bald plötzlich und in stürmischer Weise. Letzte Gruppe führt in der Regel schnell zum Tode. Grosse diagnostische Schwierigkeiten kann bisweilen die Unterscheidung von der postsyphilitischen Demenz bereiten. — In pathologisch anatomischer Beziehung muss die Hinterstrangerkrankung, die bei der Kombination der Tabes mit Paralyse vorhanden ist, streng unterschieden werden von jener Hinterstrangaffektion, die bei der Paralyse allein vorkommt.

Frey-Schwetz, Multiple Blutungen bei der Paralyse der Irren. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.

Fr. berichtet über folgenden in der Provinzial-Irrenanstalt Schwetz beobachteten Fall.

Ein 42jähriger Kaufmann ohne erbliche Belastung aber mit nachgewiesener luetischer Infektion wurde nach etwa vierjähriger Dauer der Paralyse am 2. Juni 1898 in die Anstalt aufgenommen. 29. Juni plötzlich pralles Oedem beider Unterschenkel, welches bei Bettruhe rasch verschwand. 3. Juli paralytischer Anfall mit starken Zuckungen am ganzen Körper, 6. Juli Schwächeanfall, 7. und 8. wieder je ein Krampfanfall. 11. Juli theerfarbiger, dünnflüssiger Stuhl, mehrmaliges Erbrechen von hellrothem Blut, blutiger Urin. Haut des ganzen Körpers gelblich, an Gesicht, Brust und Bauch zahlreiche punktförmige Blutungen in der Haut, an den Extremitäten spärlicher. Urin stets frei von Eiweiss und Zucker. 14. Juli unter völliger Benommenheit exitus. Die Sektion ergab noch Blutungen in der Schleimhaut von Magen und Blase, im Pericard, Pleura und Arachnoidea, ferner im Herzmuskel, Nierenrinde und Gehirnsubstanz. — Diese Erscheinungen beruhen nach Fr. auf einer abnormen Durchlässigkeit der Gefässwandungen in Folge einer zentral bedingten Ernährungsstörung mit Degeneration der Gewebsfasern. Im vorliegenden Falle ergab die mikroskopische Untersuchung wegen der starken Zersetzung der Leiche kein brauchbares Resultat mehr.

Näcke-Hubertusburg, Einige „innere" somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich als Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den innern Hauptorganen des Menschen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.

Vorliegende Untersuchungen schliessen sich an die in Band 55 der Zeitschrift veröffentlichten über äussere Degenerationszeichen an. Untersucht wurden diesmal 104 paralytische und 108 normale Männer, in Bezug auf Herz, Lungen, Leber, Nieren und Milz. Von der ersteren Gruppe waren 30,4% belastet, 39,5% syphilitisch. — Abnormitäten der Organe

fanden sich bei den Paralytikern im Ganzen 417, bei den Gesunden 342, und zwar am Herzen 18 resp. 4; an den Lungen 100 resp. 48; an den Nieren 36 resp. 21; an der Leber 219 resp. 244; an der Milz 50 resp. 24. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen war also nur ein geringer (4:3,2), indessen waren die Anomalien bei den Paralytikern oftmals mehrfach und in ausgedehnterem Maasse vorhanden und zeigten einen Parallelismus mit den äussern Organen, woraus N. folgert, dass die Paralyse häufig degenerirte Menschen mit einem ab ovo invaliden Gehirn befällt; auch hebt er die grosse Bedeutung der erblichen Belastung hervor. Als wirkliche Degenerationszeichen betrachtet er bei den Lungen abnorme Grösse und zu grosse oder zu kleine Anzahl der Lappen; beim Herzen Hypoplasie des Muskels und der Gefässe, Anomalien der Spitze, Offenbleiben des Foramen ovale und des Ductus Botalli; bei der Milz abnorme Grösse und Gestalt und deutliche Lappung; bei den Nieren abnorme Grösse und Gestalt, Ungleichheit, Verschmelzungen, Verdoppelungen des Beckens und der Uretheren. Den Abweichungen der Leber legt N. weniger Bedeutung bei, lässt hauptsächlich nur tiefe Furchung, Mehrlappigkeit und Fehlen eines Lappens als wichtig gelten. — Alle diese Abnormitäten sind jedenfalls nur selten als wirklicher Rückschlag anzusehen und verdienen nur dann grössere Beachtung, wenn sie in Mehrzahl und sehr ausgesprochen vorkommen, jedenfalls muss bei dem Begriff „Degeneration“ der Hauptnachdruck auf die psychische Seite gelegt werden. Immerhin aber beeinflussen die inneren Degenerationszeichen den Körper noch mehr als die äusseren und sind daher wichtiger.

Stoddart, General paralysis and syphilis: a critical digest. The journal of mental science. July.

Eine kritische Uebersicht vom pathologisch-anatomischen, klinischen und statistischen Standpunkt. Zum ersten Mal wurde die allgemeine Paralyse von Haslam 1798 beschrieben. 1857 hoben skandinavische Aerzte den syphilitischen Ursprung hervor. Aus der statistischen Zusammenstellung des Verf. wäre etwa noch hervorzuheben, dass die Angaben der Autoren über vorhergehende Syphilis zwischen 1,6 und 94% schwanken, wobei zu bemerken, dass die niederen Zahlen von älteren Autoren herrühren. Beim Alkohol als ursächlichem Moment schwankt der von den verschiedenen Autoren berechnete Prozentsatz zwischen 3,4 und 75%, bei der Frage der Heredität zwischen 5,4 und 58,7%, bei der des Traumas zwischen 1,4 und 18,3%. Verf. stellt zum Schlusse die Frage als noch nicht gelöst hin, nämlich ob die Paralyse Folge ist der Syphilis an sich, oder der bei den zivilisierten Völkern üblichen Quecksilberbehandlung. (Bei den unzivilisirten Völkern kommt bekanntlich trotz Syphilis die Paralyse selten oder gar nicht vor.) *Ganter.*

Stewart, **Decrease of general paralysis of the insane in England and Wales. The journal of mental science. January.**

St. weist statistisch nach, dass in der Zeitperiode 1893/97 das Verhältniss der progr. Paralyse zu den andern Psychosen in England abgenommen, die Zahl der Psychosen aber zugenommen habe. 1888/92 betrug die Durchschnittszahl der jährlichen Aufnahmen zur Gesammtbevölkerung 3,7:10000, in dem Zeitraum 1893/97 jedoch 4. Das Verhältniss der Aufnahmen der Paralytiker zu den andern Geisteskranken hingegen sank langsam in den Jahren 1893/97 von 8,7% auf 8,5%, 8,4%, 8,2%, 7,8%. Vergleicht man den Prozentsatz der Paralyse zu den sonstigen Aufnahmen in den beiden folgenden Zeitperioden, so ergiebt sich:

Jahr	Männer %	Frauen %	Summa %
1888/92	14,7	3,4	8,9
1893/97	13,1	2,8	7,8

Die etwas starke Abnahme des Prozentsatzes bei Männern gegenüber der bei Frauen rührt daher, dass in der zweiten Periode mehr Männer und weniger Frauen als in der ersten aufgenommen wurden.

Die folgende Zahlenreihe will feststellen, welche Rolle die soziale Lage auf die Zu- oder Abnahme des Prozentsatzes an Paralytikern spielt.

Jahr	Pensionäre			Normalkranke		
	Männer %	Frauen %	Summa %	Männer %	Frauen %	Summa %
1888/92	12,9	1,1	7,4	15,0	3,7	9,1
1893/97	13,2	0,9	7,1	13,0	3,0	7,9

Darnach steigt bei den männlichen Privatpatienten der Prozentsatz von Paralyse, sonst macht sich überall ein Fallen bemerklich.

Das Ergebniss ist aber nicht einheitlich. Berücksichtigt man die Landesteile, so weisen von 29 Grafschaften 15 eine Steigerung der Erkrankungsziffer der Paralyse auf. Diese tritt besonders in den industriellen und Kohlengebieten hervor. Die Abnahme der Paralyse fällt auf die ländlichen Distrikte. Doch zeigen selbst 8 Städte eine Abnahme.

Wie die Statistik ergeben hat, nimmt die Paralyse in England immer mehr einen aristokratischen Charakter an. Den Grund der Abnahme der

Krankheit bei der gewöhnlicheren Bevölkerung sucht St. in einem hygienischeren Leben und den verschiedenen Leibesübungen. In Irland und Schottland ist kein Zurückgehen der Paralyse nachzuweisen. *Ganter.*

Orr and Cowen, A contribution to the morbid anatomy and the pathology of general paralysis of the insane. The journal of mental science. October.

Verf. untersuchten 23 Gehirne von Paralytikern mikroskopisch. Gehirnrinde: Schnitte aus der motorischen Region wurden in Sublimat fixirt und in Spiritus gehärtet, nach Heidenhaim's Methode. Die früheste Veränderung der Nervenzellen besteht darin, dass die chromophilen Elemente ihre regelmässige Umgrenzung eingebüsst und kleine Theilchen sich losgelöst haben. Diese sind zwischen den Nissl'schen Körperchen zerstreut. Die degenerirte Zone wird von einer Masse feinen, granulirten Pigments eingenommen. Die Chromatolyse erstreckt sich bis zu den Protoplasma-Fortsätzen, deren Spitze zuletzt affizirt wird. In den Endstadien verliert die Zelle ihre Fortsätze und bestimmte Umgrenzung, und es bleibt nur eine kleine Menge diffus sich färbenden, schwach granulirten Protoplasmas, in dessen Mitte der schwach sich färbende Kern liegt. Die kleinen Pyramidenzellen zeigen diese Veränderungen viel früher als die grossen. Markhaltige Gehirnnerven: Färbung nach Weigert, Robertson und Marchi. In den 10 Fällen, wo während des Lebens keine Convulsionen nachgewiesen worden waren, fand sich eine vollständige Atrophie der Tangentialfasern in 5, eine beträchtliche in 4 Fällen. In einem akut verlaufenden Fall waren die Fasern intakt. Von den 13 Fällen mit Convulsionen zeigten 9 vollständige Atrophie der Tangentialfasern. Die zarteren Fasern werden zuerst angegriffen, die gröberen bestehen in einem varikosen Zustand etwas länger. Neuroglia. Die Verff. fanden hier nicht so konstant Veränderungen, wie andre Untersucher. In 2 akut verlaufenden Fällen liess sich keine Veränderung wahrnehmen, in einem andren Fall dagegen eine geringe Hypertrophie. Weitere Untersuchungen führten immer zum selben Resultat. Die Verff. glauben, dass die Neuroglia bei der Zerstörung des Nervengewebes nur eine passive Rolle spiele. Gehirnnerven: Färbung nach Marchi. An den Nervenscheiden waren stellenweise schwarze Flecke zu sehen. Manche Nervenfasern zeigten diese Degeneration nur in geringerem Grade, andre wieder sehr stark. Zwischen den Fasern sah man viele kleine Tropfen Myelin. Der Axencylinder, nach van Gieson untersucht, wurde intakt befunden. Rückenmark: 12 Fälle von allg. Paralyse. Färbung mit Toluidinblau, Delafield's Hämatoxylin und Heidenhain's Eisenhämatoxylin, nach Fixation in Sublimat. In den Vorderhornzellen liessen sich ähnliche Veränderungen nachweisen wie in den Pyramidenzellen der Rinde. In manchen Zellen fiel eine reichliche Pigmentation auf. Pyramidenstränge: In den 12 Fällen umkomplizirter

Paralyse waren die Pyramidenstränge affizirt. Wo im Leben keine Convulsionen bestanden hatten, war die Degeneration nur gering und auf beiden Seiten gleich, in den Fällen mit Convulsionen war die Degeneration ausgeprägter auf der der motorischen Störung entsprechenden Seite. Die affizirten Fasern waren schwarz gefärbt (nach Marchi), dazwischen intakte Fasern. In den Fällen mit Convulsionen zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei der sekundären Degeneration nach Hemiplegie. In den Hintersträngen beobachteten die Verff. degenerirte Fasern zerstreut zwischen den gesunden. In den Ganglienzellen der Hinterhörner fiel ausser starker Pigmentation nichts weiter auf (Färbung nach Lugaro). Da und dort zeigten einige Zellen Chromatolyse in verschiedenem Grade.

Was die Pathologie der Paralyse betrifft, so glauben die Verff., dass zuerst die Nervenzellen der mot. Region angegriffen werden, und dass sich zugleich mit der Degeneration dieser Zellen toxische Substanzen entwickeln, die die Nervenfasern zerstören. Die Nervenzellen gewisser Individuen sind eben widerstandsunfähiger gegenüber einwirkenden Schädlichkeiten, wie Alkohol, Syphilis, Influenza, Bleivergiftung u. dgl. *Ganter.*

René, *Charon*, Note sur la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban (Lozère). Ann. méd.-psych. Mars-Avril.

Camuset berichtete 1886, dass er in den 10 Jahren vorher aus den Departement Lozère im Ganzen 10 Paralytiker aufgenommen hatte, bei einem Bestand von 190 Kranken. Im Jahre 1886 waren nur 2 Paralytiker in der Anstalt. Seit dem genannten Jahre ist nun der Bezirk durch Eisenbahnen erschlossen, die Bevölkerung ist sehr fluctuirend geworden, der allgemeine Militärdienst ist streng durchgeführt, Alkohol und Syphilis haben in schreckenerregender Weise ihren Einzug gehalten, — trotzdem ist die Zahl der Paralytiker klein geblieben. Unter 459 Aufnahmen der Jahre 1890—1900 waren nur 16 Paralysen, darunter hatten 6 bestimmt Syphilis. Im Jahre 1900 befanden sich unter den 255 Kranken des Asyls 4 Paralysen. Die Paralyse hat also im Bezirk nicht wesentlich zugenommen; 3 von den 4 Kranken hatten längere Zeit ausserhalb Lozère gelebt. Ct. kommt zu den Schluss, dass Syphilis nicht die einzige Ursache der Paralyse ist.

Viallon, Un cas de folie brightique. Ann. méd.-psych. Mai-Juin.

Es handelt sich um eine 60jährige Frau, die seit längerer Zeit nierenleidend, psychisch erkrankt an Verwirrheit mit Angstanfällen, Parästhesien, Verfolgungsideen etc. Im Laufe der Behandlung liess sich nun immer nachweisen, dass mit dem Geringerwerden der Albuminurie auch die psychischen Krankheitserscheinungen mehr oder weniger schwanden, und schliesslich blieb die Kranke doch dauernd verwirrt.

Joury, Anatomie et physiologie pathologique du tabes. Archives de neurologie Janvier-Février.

S. giebt eine Uebersicht über die gegenwärtig herrschenden Ansichten über die anatomischen Grundlagen der Tabes und berücksichtigt besonders die Wiener Schule. — Der Prozess beginnt mit Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks, welche von einem Abschnitt zum andern fortschreitet und auf einer Erkrankung der hinteren Wurzeln beruht. Jedoch beschränkt sich die Affektion keineswegs auf das Rückenmark sondern kann auch das Gehirn und die peripheren Nerven ergreifen, kurz das gesammte Nervensystem, entsprechend der Natur der einwirkenden Krankheitsursachen und der Widerstandsfähigkeit der einzelnen Abschnitte.

Cassirer-Berlin und *Strauss*-Frankfurt a. M., Tabes dorsalis und Syphilis. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. X.

Bei einem 36jährigen Manne, welcher bei Lebzeiten reflektorische Pupillenstarre gezeigt hatte, fand sich Syphilis der Trachea, des Oesophagus, der Hoden und Nieren, im Rückenmark dagegen beiderseits die isolirte Degeneration eines Theils der intramedullären Faserantheile der VIII. hinteren Dorsalwurzel. Verff. halten letztere für eine tabische, besonders wegen der genauen Symmetrie der Ausbreitung und bezeichnen mit Rücksicht auf die Pupillenstarre den Fall als Tabes dorsalis incipiens. Da bemerkenswerthe Veränderungen im Halsmark fehlen, so ist durch den vorliegenden Befund die Annahme, dass die reflektorische Pupillenstarre auf Läsion des Halsmarkes beruhe, als widerlegt anzusehen. Ausserdem bietet der Fall ein neues Beispiel für das Vorkommen syphilitischer Organerkrankungen bei bestehender Tabes. Das anatomische Bild hier unterscheidet sich dadurch nicht von dem bei Tabikern ohne nachweisbare Lues gefundenen.

Jolly, Syphilis und Geisteskrankheiten. Vortrag gehalten in der Charité. Berl. klin. Wochenschrift No. 1.

Zunächst kommt als Folge der Lues allgemeine Nervosität in Betracht, deren Ursache in einer schädigenden Wirkung des syphilistischen Giftes auf die Blutkörperchen sowie auf die Nervensubstanz selber zu suchen ist. Ausserdem ist auch der deprimirende psychische Einfluss der Krankheit nicht zu unterschätzen; häufig machen sich auch hysterische Erscheinungen bemerkbar. Bei den zuweilen auftretenden epileptoiden Anfällen ist nicht sicher, ob sie Folge der Infektion direkt sind oder eines Gumma. — Unter den eigentlichen Psychosen ist melancholische Depression mit hypochondrischer Färbung zu nennen. Besonders häufig ist aber die sogenannte „Amentia“, welche geradezu als charakteristisch für Syphilis angesehen

werden kann und sich auch durch spezifische Behandlung günstig beeinflussen lässt. Die syphilitische Demenz zeichnet sich durch auffallende Schwankungen und sogar erhebliche Besserungen aus, bisweilen ist sie aber progredient und mit Sprachstörung verbunden, so dass sie schwer von Paralyse unterschieden werden kann (syph. Pseudoparalyse). Bei progressiver Paralyse ist Syphilis sehr häufig nachweisbar (40—80%), immerhin aber steht fest, dass sie auch fehlen kann. Eine spezifische Behandlung verdient Anwendung, wenn Infektion bestimmt nachgewiesen und noch keine deutliche Demenz vorhanden ist.

Moeli, Ueber Hirnsyphilis. Vortrag gehalten in der Charité. Berl. klin. Wochenschrift No. 4.

Die Hirnerkrankungen treten bei Lues nicht selten schon in den ersten zwei Jahren nach der Infektion auf. Oft greift der Prozess von den Häuten auf das Gehirn selbst über, an der Convexität meist im Stirn- und Scheitellappen, an der Basis zwischen Pons und Chiasma. Es handelt sich entweder um gummöse Wucherungen oder um Gefässerkrankungen, welche zu Verengerungen und Verschluss des Lumens führen; andere Formen sind selten. — Die Symptome sind vielgestaltig und wechselnd, ihre Flüchtigkeit und schubweise Steigerung sind in gewissem Grade pathognomonisch. Körperlich treten vielfach Kopfschmerzen auf, bisweilen Erbrechen, Schwindel und Ohnmachtsanfälle. Die psychischen Erscheinungen tragen meist hypochondrisch-neurasthenisches Gepräge, ausserdem kommen Benommenheit, Verwirrtheits- und Erregungszustände und epileptiforme Anfälle vor; von der Paralyse wird hier abgesehen. Entsprechend dem Lieblingssitze der Erkrankung an der Hirnbasis sind Opticus und Oculomotorius bei Weitem am häufigsten unter den Hirnnerven befallen. Die bisweilen auftretenden Hemiplegien zeichnen sich durch langsame Entwickelung vor den durch Blutungen entstandenen aus. — Prognostisch ungünstig gestaltet die Lues cerebri sich besonders im vorgerückten Lebensalter und bei spätem Eintritt nach der Infektion. Die hereditäre Syphilis bedroht das Leben wesentlich mehr als die erworbene. Die Behandlung der Hirnlues weicht nicht von derjenigen in anderen Organen ab.

Kopczynski, Zur Kenntniss der Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Lues cerebri. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. XX.

Eine 42jährige syphilitisch inficirte Frau litt an zunehmender Demenz und bekam einen apoplectischen Anfall mit folgender Hemiplegie, welcher später eine Oculomotoriuslähmung folgte. Spezifische Behandlung fast erfolglos. Weite und Reaktion der Pupillen schwankten beständig. Tod durch Nephritis. Es fanden sich zwei Erweichungsherde in der Gegend der

Capsula interna mit sekundärer Entartung der Pyramidenbahn und eine spezifische Erkrankung an der Basis, besonders der Gefässe. Unter letzteren befanden sich einige Arterien mit scheinbarer Verdoppelung der Wandungen, charakteristisch syphilitische Erscheinungen (Heubner), welche nach K.'s Ansicht als Folgen von Intimawucherungen angesehen werden müssen und bisher nur selten erwähnt sind. Bemerkenswerth war noch, dass im vorliegenden Falle die Pyramiden-Strangbahn ganz fehlte, also eine vollständige Pyramidenkreuzung bestand. Die ausgiebigen Schwankungen in Weite und Reaktion der Pupillen hält K. für ein pathognomisches Zeichen der Lues cerebri, besonders wenn sie mit Oculomotoriuslähmung verbunden sind.

Brasch-Berlin, Beiträge zur Aetiologie der Tabes. Tabes infantilis hereditaria. Syphilis. Tabes. Paralyse unter Ehegatten. Syphilitische Erscheinungen bei Tabikern. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. XX.

B. warnt, bei der geringen Zahl der bisher veröffentlichten sicheren Fälle von infantiler Tabes ein für diese charakteristisches Krankheitsbild aufzustellen und betont nur die Wichtigkeit der hereditären Syphilis, welche bisher stets nachgewiesen worden. Einen andern Einfluss der Heredität hält er für selten; von vererbter infantiler Tabes ist der von B. angeführte Fall erst der dritte veröffentlichte und auch hier muss man wohl nur von einer Vererbung der Syphilis reden, also etwa von einer vererbten Disposition zur Tabes. Für die ätiologische Bedeutung der Lues sprechen auch drei von B. beobachtete Ehepaare, bei denen beide Ehegatten an Tabes oder Paralyse litten (Ehefrau im dritten Fall zweifelhaft) und stets Infektion vorhanden war. — Für das sehr seltene Vorkommen sekundärer oder tertiärer Syphilis bei Tabikern kann B. drei Beispiele aus eigener Erfahrung anführen.

---

8. Epilepsie und Hysterie.

Ref.: Vorster-Stephansfeld.

Krainsky, N., Pathogénie et Traitement de l'Epilepsie. Bruxelles.

Ein kurzer Rückblick auf die zahlreichen Hypothesen über die eigentliche Natur der Epilepsie zeigt, dass weder das klinische Bild, noch die pathologisch-anatomischen Befunde eine befriedigende Lösung der Frage nach der Pathogenese und Behandlung der Epilepsie erbracht haben. In den letzten Jahren nun eröffneten Untersuchungen über die chemischen

Veränderungen im Organismus der Epileptiker neue und wichtige Ausblicke. Insbesondere die 1894 erschienene Arbeit von *Haig* brachte eine interessante Theorie über das Wesen der Migräne und Epilepsie. *Haig* betrachtet die beiden Erkrankungen als Folge einer Harnsäurevergiftung des Organismus. Auch Verf. ist zur Ueberzeugung gelangt, dass in dem Stoffwechsel des Organismus der Epileptiker sich abnorme Vorgänge abspielen, in welchen mit Nothwendigkeit die letzte Ursache der jetzt noch so dunklen Krankheit zu suchen ist. Seit 1894 ist er bemüht, Versuche in dieser Richtung anzustellen.

Stoffwechselversuche, welche er unter den sorgfältigsten Cautelen und schärfster Kontrolle an 13, z. T. noch intelligenten Epileptikern während eines Zeitraumes von 112 Tagen anstellte, führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Das Körpergewicht der Kranken zeigt häufig eine Abnahme, doch nicht konstant.

2. Die Urinmenge ist vermehrt und kann sogar bis zu 4 Litern steigen.

3. Die Urinmenge ändert sich nicht unter der Einwirkung der Anfälle; bei einzelnen Kranken indessen ist sie an Anfallstagen regelmässig vermehrt.

4. Es besteht keine konstante Beziehung zwischen den Anfällen und der Ausscheidung von Stickstoff und Harnstoff.

5 und 6. Ebensowenig lässt sich eine konstante Beziehung zwischen der Ausscheidung der Chloride und Sulfate feststellen.

7. Im Gegensatz zu früheren Autoren konnte nie Albuminurie gefunden werden. Es ist dies, wenn vorhanden, nur eine zufällige Komplikation.

8. Keine Zuckerausscheidung nach den Anfällen.

9. Nach den Anfällen stieg die Phosphorsäureausscheidung beträchtlich, am Tage der Anfälle selbst oder einen Tag später.

10. An einem der dem Anfall bevorstehenden Tage wird die Menge der ausgeschiedenen Alloxurkörper geringer; unmittelbar nach den Anfällen steigt die Menge derselben wieder plötzlich in die Höhe proportional der vorangegangenen Verminderung. Die Anfälle erscheinen somit als Reaktion gegenüber der Retention der Alloxurkörper im Organismus. Es besteht eine konstante Beziehung zwischen Anfällen und Ausscheidung der Alloxurkörper.

Auf Grund der Aenderung in der Ausscheidung der Harnsäure ist es möglich, das Erscheinen eines epileptischen Anfalles vorauszusagen (ausgenommen vielleicht bei Kranken mit täglichen Anfällen). Es ist Verf. häufig gelungen, den Anfall auf diese Weise bis auf den Tag des Eintritts genau anzukündigen.

Eine Verminderung der Harnsäureausscheidung ist konstant vor jedem Anfall festzustellen, am häufigsten einen oder zwei Tage vorher. Ein Epileptiker, der jeden Tag 60 bis 80 ctg. Harnsäure ausscheidet, bekommt

keinen Anfall. Die ausgeschiedene Menge soll im Mittel mehr als 40 ctg. betragen. Sobald die Harnsäuremenge unter 45 ctg. oder gar unter 35 ctg. innerhalb 24 Stunden herabsinkt, ist ein Anfall unvermeidlich und zwar tritt derselbe am häufigsten 3 Tage darnach ein. Mit dem Tage des Anfalls steigt plötzlich die Harnsäuremenge proportional der vorangegangenen Verminderung.

Unter gewissen Bedingungen kann sich der Organismus der retinirten Harnsäure entledigen, ohne dass ein Krampfanfall eintritt. So ist zu erklären das so häufige Auftreten der epileptischen Aequivalente, Migräneanfälle, Dämmerzustände, Schwindel etc.

Die Untersuchungen bestätigen also die zuerst von *Haig* mitgetheilte Beziehung zwischen Ausscheidung der Harnsäure und epileptischen Anfällen.

Spielt die retinirte Harnsäure wirklich eine solche Rolle in der Epilepsie, so lag es nahe, zu prüfen, welche Wirkung verschiedene Medikamente, die im Rufe stehen, eine Beschleunigung der Harnsäure-Ausscheidung herbeizuführen, auf die Anfälle ausüben. Verf. machte daher therapeutische Versuche mit 1. Piperazin, 2. Lysidin, 3. Lithiumcarbonat.

Das Ergebniss war, dass die beiden erst genannten Mittel ganz einflusslos auf die Anfälle waren, ebenso wie auf die Harnsäureausscheidung. Dagegen entfaltete das Lithiumcarbonat bemerkenswerthe Wirkung.

Bei mittleren Gaben zu 1,0, dreimal täglich, wurden die Anfälle seltener, sistirten häufig auf lange Zeit, das Allgemeinbefinden hob sich. Wurde jedoch die Dosis bis 6,0 pro die vermehrt, so traten Intoxikationserscheinungen ein (Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwäche) und die Anfälle traten häufiger auf.

Nach Abschluss der angestellten Harnanalysen ergab sich, dass das Lithium die Harnsäureausscheidung nicht vermehrt hatte, trotz seiner günstigen Wirkung auf den Anfall. Die Wirkung des Lithium besteht also nur darin, dass dasselbe vermöge seines Verhältnisses zur bestehenden Säure Bedingungen im Organismus schafft, infolge deren die abnormen Reaktionen, welche den Anfall verursachen, nicht in gleichem Maasse wie zuvor von statten gehen.

Die Ursache der Anfälle ist also weder in der retinirten Harnsäure noch in vermehrtem Eintritt derselben in das Blut zu suchen. Vielmehr ist die Modifikation in der Ausscheidung der Harnsäure als ein Resultat noch unbekannter Reaktionen zu betrachten, deren Sitz der Organismus der Epileptiker ist. Sobald diese Reaktionen eine gewisse lutensität erreichen, entladen sie sich in Form von Anfällen; die letzteren sind gleichsam ein Mittel zum Selbstschutz des Organismus gegenüber dem abnormen Reaktionsverlauf, welcher sonst den Organismus unvermeidlich zum Tode führen würde.

Verf. vermuthet, dass im Epileptikerkörper sich im Stoffwechselmechanismus Abweichungen bilden, die durch eine geringere Ausscheidung

von Harnsäure zum Ausdruck kommen. Sobald diese abnormen Reaktionen einen gewissen Grad erreicht haben, bildet sich wahrscheinlich ein Stoff, der eine toxische Wirkung auf das Nervensystem ausübt, indem er eine Reizung der motorischen Zentren und einen epileptischen Anfall hervorruft. Der epileptische Anfall selbst schafft die Bedingungen (Anhäufung von CO_2, Aenderung der Blutreaktion), um den weiteren Fortgang der abnormen Reaktion zu hemmen, worauf dann die Spaltungsprozesse in ihrer früheren normalen Richtung ablaufen können. Die Bildung und Zerstörung dieses toxischen Produktes steht in engem Zusammenhang mit der Bildung der Harnsäure, was sich darthut in einer Verminderung bezw. Vermehrung derselben, vor bezw. nach dem Anfall.

Die Sektionsbefunde von Kranken, welche im Anfall oder im status epilepticus gestorben waren, waren stets negativ, abgesehen von den gewöhnlichen Erscheinungen der Asphyxie. Die einzig mögliche Todesursache ist eine Intoxikation. Den Giftstoff im Urin zu suchen ist unzulässig. Versuche, denselben im Gehirn zu finden, ergaben negatives Resultat. Daher griff Verf. zu Injektionsversuchen mit Epileptikerblut an Kaninchen, welches zu verschiedenen Zeiten, vor und nach dem Anfall, Kranken mittels Schröpfkopf entnommen war. Die in mehr als 100 Fällen angestellten, an sich sehr schwierigen Versuche ergaben kein eindeutiges Resultat.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. In 60—70 % der Fälle ruft die Injektion von 5 bis 10 ccm defibrinirten Epileptikerblutes keine Vergiftungserscheinungen hervor.

2. In 25—30 % erfolgt aber bei den Tieren ein krankhafter Zustand, der sich kundgiebt in epileptischen Anfällen und Nervensymptomen.

3. Das Blut einiger Epileptiker (1—5 %), welches im Verlauf eines sehr schweren Anfalles entnommen war, war selbst in kleiner Dosis für Kaninchen toxisch und hatte rapide Epilepsie und Tod zur Folge nach zwei bis acht Tagen. Das Blut dieser kranken Kaninchen anderen Kaninchen injizirt, rief keine abnormen Erscheinungen hervor.

Die Autopsie ergab nie etwas Besonderes.

Die Versuche werden im Einzelnen eingehend geschildert.

Verf. sagt, dass während der Anfälle ein Körper ausgeschieden werden müsse, der toxische Eigenschaften besitzt und zwar würde derselbe zu den Fermenten zu stellen sein, da noch nach längerer Zeit bei einem Theil der Versuchsthiere weitere Krämpfe auftraten.

Es galt zu entscheiden, ob die Schwankungen in der Harnsäureausscheidung nur als Anomalien der Ausscheidung oder aber als Abweichungen in deren Produktion gedeutet werden müssen. Die Versuche mit Lithium hatten gezeigt, dass der Organismus selbst bei Anwendung eines noch so energisch die Harnsäureausscheidung befördernden Mittels keine grössere Quantität auszuscheiden vermag, als im Körper gebildet wird. Das Wesen

der Epilepsie kann also nicht in einer Retention der Harnsäure bestehen, sondern nur in einer Umgestaltung ihrer Entstehungsbedingungen.

Die Bildung der Harnsäure vollzieht sich im normalen Organismus in Form einer synthetischen Reaktion durch das Zusammentreten einer organischen Säure und dem bereits vorhandenen in fertigem Zustande in den Geweben sich befindenden Harnstoffe. Theoretische Erwägungen führen Verf. zu dem Resultat, dass im Körper des Epileptikers ein dem Harnstoffe analoges saures Derivat der Kohlensäure, das carbaminsaure Ammoniak, die Synthese vereitelt. Es entsteht in Folge der veränderten Lebensbedingungen im Körper der Epileptiker durch Aufnahme eines Molekuls H_2O aus dem Harnstoff. Indem das carbaminsaure Ammoniak, dessen krampferzeugende Wirkung schon *Nencki* und *Pawlow* angegeben haben, im Blut verbleibt, häuft es sich so lange an, bis es einen Anfall hervorruft. Während des Anfalls geht es unter Verlust eines Molekuls H_2O in Harnstoff über, welcher sofort in synthetische Reaktion tritt und in Form der früher als retinirt angenommenen Harnsäuremenge ausgeschieden wird.

Im Folgenden bespricht Verf. die chemischen Eigenschaften der Carbaminsäure und ihrer Salze, sowie deren toxischen Eigenschaften.

Versuche an Kaninchen, welche Verf. durch Injektion mit carbaminsaurem Ammoniak machte, hatten typische epileptische Anfälle zur Folge. Bemerkenswerth ist die geringe Stabilität des Stoffes, welcher bald in CO_2 übergehe (alsdann Somnolenz und ähnliche urämische Symptome erzeuge), bald in Harnstoff und zwar unter Einwirkung der epileptischen Anfälle; diese geringe Stabilität sichert den Organismus vor dem sonst unvermeidlichen Tode.

Die Epilepsie ist also eine periodische Intoxikation mit carbaminsaurem Ammoniak.

Wenn dem so ist, so erklärt sich daraus auch die empirisch sichere Wirkung der Bromsalze. Z. B. Bromnatrium geht bei den Epileptikern durch das carbaminsaure Ammon in Bromammonium über, welches bis zu einer gewissen Menge ausgeschieden wird. Ueber diese Quantität hinaus jedoch verbindet sich das Bromammonium mit Na_2CO_3 und es entsteht von Neuem carbaminsaures Ammon und Bromnatrium.

Die günstige Wirkung mässiger Mengen von Lithiumcarbonat erklärt sich in ähnlicher Weise. Bei Zufuhr dieses Salzes entsteht carbaminsaures Lithium und kohlensaures Ammon, welch letzeres eliminirt wird; werden jedoch zu grosse Mengen Lithiumcarbonat eingeführt, so hat der Organismus keine Zeit, das kohlensaure Ammon auszuscheiden, das gebildete carbaminsaure Ammoniak wird daher nicht mehr neutralisirt und die Anfälle werden häufiger und häufiger.

Im Laufe der letzten 3 Jahre hat Verf. an der Hand zahlreicher Versuche gefunden, dass das Lithium einen sehr deutlichen Einfluss auf die Anfälle hat. Gewöhnliche mittlere Dosen wirken günstig, grosse Dosen dagegen sind schädlich. Bei Epileptikern mit seltenen Anfällen ist die Therapie

durch Lithium kaum glücklich. Es erklärt sich dies dadurch, dass das Lithium den Körper rasch verlässt; vermöge dieser raschen Ausscheidung kann sich nicht immer eine zur Neutralisation der gebildeten Menge carbaminsaurem Ammoniak nöthige Dosis finden. Bei häufigen und besonders täglichen Anfällen erhält man zuweilen glänzende Resultate. Sehr oft gelingt es, die Anfälle absolut zu unterdrücken. Aber die individuelle Dosis ist entscheidend: wenn zu klein, dann kein Effekt, wenn zu gross, provozirt sie geradezu die Bildung von carbaminsaurem Ammoniak und Erscheinungen von Urämie. Die Epileptiker sind sehr empfindlich gegen Lithium. Es ist geradezu ein Reagens für Epilepsie.

In 3 Fällen von Eclampsie der Frauen hatte Verf. ausgezeichnete Erfolge durch Gaben von 1—2 g Lithiumcarbonat erzielt, ebenso bei Kindern mit eclamptischen Anfällen.

Die Frage der Heilbarkeit der Epilepsie wird aber erst dann völlig gelöst sein, wenn man die Ursache und den Ort der Bildung der abnormen Reaktion im Organismus der Epileptiker gefunden haben wird. Denn eine ständige Neutralisation des Giftes verhindert keineswegs die Bildung einer neuen Menge.

Seine letzte Versuchsreihe richtete sich auf die Anwesenheit des carbaminsauren Ammoniaks im Blute der Epileptiker. Es fand sich stets darin nachweisbar, besonders deutlich, wenn schwere epileptische Erscheinungen auftraten, vorzüglich während des état de mal. In den Zwischenperioden ist die Reaktion nur schwach, aber immer vorhanden. Im Blute Gesunder findet es sich gleichfalls immerhin viel schwächer.

Zum Schlusse kündigt Verf. weitere Untersuchungen an über Gegenwart und Bestimmung des Ammoniak im Epileptikerblut, welche jedoch noch zu keinen eindeutigen Ergebnissen geführt haben.

Endlich betont Verf. noch einmal, dass er durch die Carbaminsäureintoxikation nicht nur die epileptischen Anfälle, sondern auch alle psychischen Symptome erklärt. Das Gift übt eben nicht nur auf die motorischen Zentren seine Wirkung aus, sondern auch auf das gesammte Hirn. In Uebereinstimmung mit *Binswanger* hält Verf. die verschiedenen Formen der Epilepsie nicht alle aus gleicher toxischer Ursache entsprungen. Die epileptischen Konvulsionen sind gleichsam nur ein Symptom wie das Fieber, welches sehr verschiedenen Gründen seine Entstehung verdanken kann.

Seine Aufgabe wird sein, den Sitz und die Ursache der abnormen Reaktionen zu suchen, welche im Epileptikerkörper ablaufen. Er schliesst mit der Hoffnung, alsdann auch ein Heilmittel für diese schreckliche Krankheit zu finden. *Knoblauch.*

Weber, L. W., Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena, Gustav Fischer. 100 S.

Der inhaltreichen und sehr fleissigen Arbeit liegen 35 Fälle von „echter“ Epilepsie zu Grunde, die von dem Verf. meistens in der Anstalt

Uchtspringe, zum kleineren Theil auch in der Göttinger Klinik beobachtet und anatomisch genau untersucht wurden. Eine Wiedergabe der mannigfachen Befunde ist im Rahmen eines Referates nicht möglich, nur einzelne Schlussfolgerungen seien kurz angeführt. Fälle von Epilepsie, die auf ererbter, angeborener oder in der allerersten Lebenszeit erworbener Schädigung des Gehirns beruhen (Frühepilepsie), lassen eine diffuse Erkrankung der Grosshirnrinde erkennen, hauptsächlich bestehend in der Bildung eines subpialen Gliafilzes von gleichmässigem, der Struktur der Rinde angefügtem Bau, ferner in einer mässigen bindegewebigen Verdickung der Gefässwandungen und allmählichem Untergang der nervösen Elemente. Diese Veränderungen sind qualitativ nicht verschieden, aber quantitativ um so stärker, je früher die Erkrankung beginnt. Der gleiche Befund findet sich bei der Hysteroepilepsie und in gewissen Spezialformen der Frühepilepsie, bei denen Erkrankungen einzelner Körperorgane (z. B. Herz, Magen, Darm), eine ätiologische Rolle spielen. Diese Störungen kommen daher hauptsächlich als auslösende Momente für den einzelnen Anfall in Betracht.

In Fällen von Spätepilepsie, bei denen das Gehirn äusserlich intakt erschien, fanden sich oft schwere Erkrankungen der Hirnrinde, unregelmässige Wucherung der Rindenglia, gröbere Veränderungen der Gefässe und eine Störung der normalen Struktur der Rinde. Auch in den Fällen, in denen eine lokalisirte Hirnerkrankung ein epileptisches Leiden hervorgerufen hat, muss ausserdem eine mehr oder weniger ausgesprochene Erkrankung der gesammten Rinde nachgewiesen werden, wenn diese Fälle zur echten Epilepsie gerechnet werden sollen.

Mörchen, Ueber Dämmerzustände. Marburg 1901.

Verf. giebt zunächst einen kurzen Ueberblick über den jetzigen Stand der Lehre von den Bewusstseinsveränderungen und geht dann unter Zugrundelegung von 40 Krankengeschichten aus der psychiatrischen Klinik in Marburg näher auf die bei den verschiedenen Neurosen vorkommenden Dämmerzustände ein. Es werden berücksichtigt die Bewusstseinsveränderungen bei Epilepsie, bei Hysterie, bei Epilepsie und Hysterie, bei Alkoholvergiftung, bei Imbecillen, Migräne, Neurasthenie und Neuralgie. Dagegen werden nicht berücksichtigt die Formen, in denen, wie bei den Intoxikationen mit Narkoticis, Ptomainen oder in den Zuständen von Schlaftrunkenheit, nicht ein dauernd krankhaft verändertes Gehirn die Grundbedingung für das Zustandekommen der Bewusstseinsveränderung bietet.

Die epileptischen Dämmerzustände, die als reine psychische Aequivalente auftreten, werden oft — und das erleichtert dann die Diagnose — von einer typischen Aura eingeleitet. Der epileptische Stupor, ebenso das epileptische Delir sind oft schwer von andern Stupor- oder deliranten Zu-

ständen zu unterscheiden. Ein wichtiges Kennzeichen für die epileptische Grundlage des veränderten Bewusstseinszustandes ist die Stereotypie der Handlungen. Forensisch bedeutungsvoll ist der Widerspruch im Thun und Lassen, das Nebeneinander von schrecklichen und ganz gleichgültigen Handlungen. Auch bei anscheinend nur oberflächlichen Bewusstseinsveränderungen findet sich oft deutliche Pupillenlichtstarre.

Bei den Dämmerzuständen auf hysterischer Basis wird eine Aura seltener bemerkt. Die für epileptische Zustände charakteristische Stereotypie der Handlungen ist hier viel seltener, vielmehr haben die Handlungen etwas Wechselvolles. Besonders wichtig ist die Suggestibilität der Patienten während des Dämmerzustandes. Totale Amnesie ist bei den Dämmerzuständen Hysterischer seltener als bei denen Epileptischer. Die Erinnerung ist oft eine gefälschte. Bei ein und demselben Kranken kommen nicht nur hysterische und epileptische Aequivalente vor, sondern innerhalb ein und desselben Dämmerzustandes können wir gelegentlich das Nebeneinander von hysterischen und epileptischen Erscheinungen beobachten.

Mit Recht weist der Verf. auch darauf hin, wie schwierig oft die Entscheidung ist, ob ein Zustand veränderten Bewusstseins als ein hysterischer oder katatoner aufzufassen ist.

Bregmann, *L. E.*, Reflexepilepsie bei spastischer Oesophagusstenose. Neurolog. Centralblatt S. 978.

Bei einem zur Zeit der Beobachtung 25jährigen Patienten, dessen eine Schwester psychisch und geistig zurückgeblieben war, hatten sich ohne erkennbare Veranlassung, ganz spontan, Erscheinungen von Oesophagosstenose entwickelt, die anfangs nur schwach ausgeprägt waren, allmählich aber an Heftigkeit zugenommen hatten. Das Essen bleibt „innen“ stehen und kann nicht in den Magen. Nur mit grosser Anstrengung, starke In- und Exspirationsbewegungen, starke Schluckbewegungen bei seitlicher Kompression der Brust, gelingt es das Hindernis zu überwinden. Der Grad des Hindernisses unterliegt grossen Schwankungen. Die Stenose ist für dickste Sonden durchgängig. Der Raum in der Speiseröhre oberhalb der Stenose fasst 400 ccm. Irgend welche hysterische Erscheinungen liessen sich nicht nachweisen. Seit dem 18.—19. Jahre waren epileptische Anfälle aufgetreten, Anfälle von Bewusstlosigkeit, aber ohne Krämpfe. Diese Anfälle erfolgten nur, wenn Patient seine Nahrung durch die Stenose durchpresste und am häufigsten dann, wenn die Stenose besonders schwer durchgängig war. Beim Einführen der Magensonde traten sie nicht auf.

Die lange Dauer des Leidens bei verhältnissmässig gutem Ernährungszustande, die Passirbarkeit der Stenose auch mit dicksten Sonden, das Fehlen von Erscheinungen einer organischen Stenose wiesen auf deren funktionelle Natur hin. Ein Divertikel konnte ausgeschlossen werden, da

es gelang, auch bei Füllung des Sackes mit Nahrung, die Sonde in den Magen einzuführen. Führte man ferner eine weit herauf gefensterte Sonde in den Magen, eine andere Sonde in den Sack und goss in letztere Wasser, so gelangte dieses in den Magen. Bei einem Divertikel wäre das unmöglich gewesen, da beide Sonden von einander getrennt gewesen wären.

Die später aufgetretenen epileptischen Anfälle zur Reflexepilepsie zu rechnen, erscheint begründet, da die Anfälle nur erfolgten, wenn Patient sein Essen durch die verengte Stelle presste, und da die Anfälle sich erst nach vieljährigem Bestehen der lokalen Krankheit hinzugesellten, als durch die dauernde periphere Reizwirkung Aenderungen in der Erregbarkeit der Centra herbeigeführt sein konnten.

Rybalkin-Petersburg, Ueber einen Fall von Jackson'scher Epilepsie auf syphilitischer Basis mit operativem Eingriff. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. XIX.

Ein 35jähriger Mann, der vor 15 Jahren Lues acquirirt hatte, bekam ohne vorhergehende krankhafte Erscheinungen einen Anfall von allgemeinen Konvulsionen mit Bewusstseinsverlust und Zungenbiss; später noch drei ganz ähnliche Attaquen. Danach heftiger Kopfschmerz mit Lokalisation in der rechten Schläfengegend, isolirte Zuckungen im linken Facialisgebiet, mehrfach allgemeine Krämpfe und endlich Neuritis optia dextra. Auf spezifische Behandlung vorübergehend Besserung. Nach 6 Monaten im Status epilepticus ins Hospital gebracht, mit Krämpfen nur auf der linken Körperhälfte. Nach einigen freien Tagen wieder zahlreiche Anfälle, Lähmung der linken Extremitäten. — Trepanation am rechten Schläfebein, Excision eines Stückes der verdeckten und mit dem Gehirn verwachsenen Dura. Nach der Operation allmählich Schwinden der Anfälle und Lähmungen, dagegen rasche Entwicklung deutlicher Atrophie der linken Extremitäten. Exitus an Lungentuberkulose. Die Sektion ergab ausser Verwachsung und Verdickung der Hirnhäute über einen Theil des rechten Schläfen-, Stirn- und Zentrallappens mit theilweiser Verödung der Gefässe im Gehirn keine bemerkenswerthen Veränderungen. — Auffallend waren das Aufhören der Krämpfe nach Entfernung eines so kleinen Stückes der erkrankten Hirnhäute, ein Erfolg, der allerdings nur ein vorübergehender gewesen sein würde, wie anderweitige Erfahrungen gelehrt haben, und die sehr schnell sich entwickelnde Atrophie. *Schlüter.*

Raymond, L'épilepsie partielle. Pathogénie et traitement. Archives de neurologie, Mai.

Verf. giebt einen Bericht über eine Anzahl aus der Literatur gesammelter Fälle von operativ behandelter Jackson'scher Epilepsie traumatischen Ursprungs. Er theilt dieselben in 3 Gruppen:

I. 15 Fälle, in denen der Herd vor der Operation durch elektrische Untersuchung genau bestimmt werden konnte: 5 gänzliche Misserfolge, 5 deutliche Besserungen, 5 anscheinende Heilungen;

II. 4 Fälle, in denen der Herd lediglich auf Grund anatomischer Erfahrung bestimmt werden musste: 1 Misserfolg, 3 angebliche Heilungen;

III. 12 Fälle, in denen eine genauere Lokalisation überhaupt nicht möglich war und man sich daher damit begnügen musste, den Eingriff in der Gegend der Rolando'schen Furche, der motorischen Region, zu machen: 3 Misserfolge, 3 Besserungen und 6 angebliche Heilungen.

Diese relativ sehr günstigen Resultate (45 % Heilungen) müssen mit grosser Reserve aufgenommen werden, da die Beobachtungszeit mehrfach eine entschieden zu kurze war. *Schlüter.*

Marie et Buvat, Épilepsie et fièvre typhoide. Archives de neurologie, Janvier.

Die Verf. theilen zwei Fälle von Typhus bei Epileptikern mit, in denen, entgegen der gewöhnlichen Ansicht, das Wiederauftreten der Anfälle kein günstiges Zeichen war, obgleich nach dem ersten ein Sinken der Temperatur eintrat. Vielmehr dürfte bei beiden Kranken die nun folgende Serie schwerer Anfälle als direkte Todesursache anzusehen sein.

Schlüter.

Bregmann, L. E., Reflexepilepsie bei spastischer Oesophagusstenose. Neurolog. Centralblatt No. 21.

In dem vorliegenden Falle bestand ein spastischer Verschluss des untersten Theiles der Speiseröhre, welcher mit Sicherheit als funktionell und nicht organisch bedingt festzustellen war, schon seit dem 10. Lebensjahre. Das Leiden hatte sich spontan, ohne irgend welche vorausgegangene Affektion entwickelt. Irgend welche Anzeichen von Hysterie oder Neurasthenie waren nicht nachweisbar. Besonders interessant ist die Komplikation der Krankheit mit epileptischen Zuständen, welche sich nach vieljährigem Bestehen dem Leiden hinzugesellten. Es traten Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Amnesie ohne Krampferscheinungen ausschliesslich während des Essens auf, wenn Patient seine Nahrung durch die verengte Stelle hindurchpresste. Diese Anfälle waren am schwersten, wenn auch das Hinderniss am schwierigsten überwunden wurde. Bei dem Fehlen jedes anderen aetiologischen Momentes glaubt Verf., dass die epileptischen Zustände als Reflexepilepsie, entstanden durch chronischen Reiz seitens der verengten Speiseröhre bezw. Cardia, aufzufassen sind. *Scheven.*

Hajós, Ludwig, Ueber die feineren pathologischen Veränderungen der Ammonshörner bei Epileptikern. Archiv f. Psychiatrie S. 541.

H. kommt auf Grund der mikroskopischen Untersuchung von 4 Epileptikergehirnen zu folgenden Ergebnissen: Bei der Obduktion sind beide Ammonshörner oder das eine kleiner als normal und consistenter (Sklerose). Mit dieser Veränderung paart sich eine reiche Gefässausbildung und Hypergliomatose. In einzelnen Zellengruppen, besonders in jener der Pyramidenzellen, weniger in der der polygonalen Zellen, ist fleckenweise gänzlicher Zellenschwund zu bemerken. In diesen zellenleeren Inseln sind die Gliazellen besonders vermehrt. Mit der Hypergliomatose geht die ganglioklastische Zellenerkrankung einher. An den Zellen fand sich Sklerose, körniger Zerfall und seröse Gedunsenheit.

Weber, Eugen, Beitrag zum Kapitel „Epilepsie und Psychose". Archiv f. Psychiatrie S. 253.

Verf. beschreibt folgende klinisch bemerkenswerthe Beobachtung. Eine früher gesunde Frau bekommt in ihrem 47. Lebensjahr zum Beginn der Menopause ihren ersten epileptischen Krampfanfall. Die Anfälle treten in der Folgezeit ziemlich selten und schliesslich nur des Nachts auf und üben auf das geistige Verhalten keinen wahrnehmbar nachtheiligen Einfluss aus. Nach 14 Jahre langem Bestehen der Anfälle erkrankt Patient in Folge grosser Gemütserregungen an einer Melancholie, die mit Wahnideen und Präcordialangst einhergeht und 3 Jahre dauert. Mit dem Beginn der Psychose treten zum ersten Male Absencen auf, die mit der Entwickelung der Psychose zunehmen und mit dem Ausgange in Genesung verschwanden. Die Krampfanfälle wurden durch die Psychose nach keiner Seite beeinflusst, blieben jedoch 1 Jahr nach dem Ablauf der Psychose ebenfalls fort.

Der Fall bietet Interesse nicht allein wegen des Vorkommens der Melancholie bei der Epilepsie, sondern vor Allem, weil gleichzeitig mit der Melancholie bis dahin unbekannte Schwindelanfälle für die ganze Dauer der Psychose auftreten.

Sanger Brown, Heredity and Epilepsy. The alienist & neurologist. July.

Verf. bespricht das Wesen der Epilepsie und ihrer Erblichkeit in der Beleuchtung seiner früher besprochenen Neur-energen-Theorie. Man müsse die Erblichkeit in gleichartige (Epilepsie) und ungleichartige (Geisteskrankheit, Imbecillität etc.) theilen. Die Vererbung bevorzuge das gleiche Geschlecht. Die psychischen Manifestationen der Epilepsie theilt Br. in die eigentliche kurze psychische Aura, die praemonitorische Charakteränderung,

das psychische Äquivalent, die postepileptische Psychose und schliesslich Zustände, die eher als Begleiterscheinung der Epilepsie, nicht als Aeusserungsform aufzufassen sind. *Matusch.*

Cary, C., and *Ullman, J.*, Psychical form of epileptic equivalent. The journ. of nerv. & ment. disease. May.

28jähriger Mann stiess vor einem halben Jahre beim Tauchen mit dem Kopfe auf den Grund, war mehrere Stunden bewusstlos, hatte einige Tage Oedem und Paraesthesien der rechten Körperhälfte, sonst anscheinend keine Folgen. Im Januar auf der Strasse aufgegriffen und in das Krankenhaus gebracht, zeigte er sich unorientirt, „amnestisch-aphasisch", klagte über Kopfschmerzen, nach 3 Tagen geordnet und klar. Es ergab sich, dass der Zustand bereits 2 Tage vor der Aufnahme bestanden hatte, plötzlich aufgetreten war und dass die Erinnerung an den etwa 6 Tage währenden Zustand völlig fehlte. *Matusch.*

Clark & Prent, Status epilepticus, its nature and pathology. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Der klinische Bericht Clarks liefert nichts Neues, der pathologische Prents schildert chromatolytische und Kernveränderungen hauptsächlich in den Zellen der 2. Schicht, ein Befund, der in der Diskussion von Sachs und Anderen nicht als essentiell angesehen wird. *Matusch.*

Krauss, W., Report of a case of brain injury, with peculiar whistling spells following operation. The journ. of nerv. & ment. disease. Jan.

Ein mit Schädelbrüchen bewusstlos gefundener Viehtreiber pfiff nach der Trepanation etwa 1 Minute lang eine Art Signal, das er mit 5—10 Minuten langer Pause drei Tage lang bis zu seinem Tode wiederholte. Er blieb dabei völlig bewusstlos. *Matusch.*

Clark, Campbell, On epileptic speech. The journal of mental science. April 1900.

Verf. untersuchte die Sprache der Epileptiker. Vor und nach den Anfällen besteht meist Amnesie und Dysphasie. Der Wortschatz ist sehr beschränkt und oft wird ein falsches Wort ausgesprochen. Die Aussprache ist undeutlich, zögernd, schleppend, stotternd, oft werden aber dann die Sätze explosivartig hervorgestossen. Die oberflächliche Atmung bedingt die leise, undeutliche Stimme, die lauter wird, wenn der Kranke in Erregung kommt, und die Brust sich hebt. Manchmal findet sich Echolalie. Auf-

fallend ist das lebhafte Minenspiel und die Gestikulation, die ein Ersatz zu sein scheinen für die gehemmte Sprache. Die Stimme klingt oft monoton. In manchen Fällen ist die Innervation des Muskelapparates ziemlich gut, die fehlerhafte Sprache also nur psychisch bedingt, in andern liegt die Störung im koordinirenden Zentrum für die Sprachmuskel (Aphemie). Bisweilen ist die Nerven-Muskelenergie erschöpft, ehe der Satz vollendet ist. Man sieht dann, wie die Worte gleichsam auf den Lippen ersterben (Aphonie). *Ganter.*

Turnowsky, Drei Fälle von vollständig geheilter Epilepsie. Wiener mediz. Wochenschrift No. 35.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Epilepsie, bei denen Jahre lang Brompräparate und sonstige antiepileptischen Mittel erfolglos angewendet wurden und die nach Ablauf von fieberhaften Erkrankungen (in 2 Fällen Pneumonie, im 3. Falle Scharlach) zur Heilung gelangten. Die Heilung darf als eine definitive angesehen werden, da Anfälle in dem einen Fall seit 14 Jahren, in dem andern seit 10, in dem dritten seit 6 Jahren nicht mehr aufgetreten sind.

Balint, Ueber die diätetische Behandlung der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschrift No. 23.

B. behandelte Epileptiker im Sinne des von Toulouse und Richet angegebenen Verfahrens. Um eine chlorarme und doch zusagende Diät zu erhalten, ersetzte er das Kochsalz des Brotes durch Bromnatrium. Der Kranke erhielt täglich 1—1½ Liter Milch, 40—50 gr. Butter, 3 Eier, 300—400 gr Brod und Obst. Der Kochsalzgehalt belief sich auf 2 gr und ausserdem wurden im Brote 3 gr Bromsalz verabreicht.

Während die Gesammtzahl der Anfälle auf der Abtheilung früher täglich zwischen 10 und 19 schwankte, stieg dieselbe in den ersten Tagen der Behandlung empor, um dann aber rapid zu sinken und vom 14. Tage an sich auf 1 bis 3 am Tage zu beschränken. In 80% blieben die Anfälle ganz fort, in den übrigen 20% nahmen sie an Zahl und Stärke ab.

Die Behandlungsdauer erstreckte sich durchschnittlich auf 35 bis 40 Tage. Nach dem Aussetzen der Behandlung kehrten die Anfälle meistens wieder, aber in schwächerem Masse.

Krell, Die metatrophische Behandlung der Epilepsie. Irrenfreund XLI. Jahrg. No. 11 u. 12.

K. behandelte nach dem von Toulouse und Richet angegebenen Verfahren 26 Epileptiker (10 Männer und 16 Frauen) der Anstalt zu Hochweitzschen. Die Dauer der Behandlung betrug 23 bis 93 Tage. Als

Medikament wurde Bromnatrium, und nicht Bromkalium gegeben. Es ergab sich dabei, dass die Anfälle an Zahl wesentlich abnahmen, und zwar die Krampfanfälle mehr wie die Schwindelanfälle. Die Wirkung war ferner bei den weiblichen Kranken deutlicher. Diese Behandlungsart eignet sich nur für Anstaltskranke, da sie wegen der stärkeren Wirkung des Broms nicht ungefährlich ist und beständiger ärztlicher Ueberwachung bedarf.

In einem mit vielen Schwindelanfällen einhergehenden Fall wurde durch diese Kur eine deutliche Verschlimmerung herbeigeführt, indem die Schwindelanfälle während der Behandlung um das Zehn- bis Elffache zunahmen.

Pilcz, Alexander, Ueber einen operativ geheilten Fall von psychischer Epilepsie. Wiener klin. Rundschau No. 1.

Ein zur Zeit der Beobachtung 17jähriger Knabe hatte im Alter von 6 bis 7 Jahren eine Kopfverletzung erlitten und war darnach längere Zeit bewusstlos geblieben. Seither bestand über dem rechten Stirnhöcker eine sehr druckempfindliche Narbe. Kurz vor seiner Aufnahme wiederum Kopfverletzung mit nachfolgender Bewusstlosigkeit. Einige Tage später trat dann ein Verworrenheitszustand von 8tägiger Dauer auf. Solche Anfälle wiederholten sich mehrfach. Ihre kurze Dauer, die tiefe Bewusstseinstrübung mit massenhaften Sinnestäuschungen liessen sie als epileptische erscheinen. Amnesie für die Vorgänge während der Anfälle bestand nicht. Die Narbe war während der Anfälle mehr druckempfindlich wie sonst. Durch die Exstirpation der Narbe wurde der Zustand anfangs wesentlich gebessert, ja scheint in Heilung übergegangen zu sein (Beobachtungszeit noch relativ kurz). Nur durch Alkoholgenuss wurden den früheren ähnliche psychische Störungen hervorgerufen.

Tesdorf, Paul, Ueber die Wechselbeziehungen der körperlichen und psychischen Störungen bei Hysterie. Münchener mediz. Wochenschrift 1902, No. 2.

Die bei Hysterischen vorkommenden Krankheitserscheinungen, gleichviel ob diese sich hauptsächlich auf körperlichem oder psychischem Gebiete äussern, werden theils als vom psychischen Gebiete ausgehend hingestellt, theils auf Vorgänge, die nicht im Hirn, sondern im übrigen Körper ihren Sitz haben, zurückgeführt. Verf. hat sich nun bemüht in jedem einzelnen Falle die Wechselbeziehungen, die zwischen den jedesmal vorhandenen psychischen und körperlichen Störungen bestehen, möglichst eingehend zu erforschen. In Uebereinstimmung mit den Erfahrungen von Charcot, Oppenheim u. A. fand T., dass es sich bei der Entstehung der Hysterie stets um ein einmaliges oder mehrmaliges, mit lebhafter psychischer oder körperlicher Erschütterung einhergehendes Vorkommniss handele und um das

Unvermögen, die erlittene Erschütterung alsbald oder im Laufe der folgenden Zeit auszugleichen.

Die so hervorgerufenen hysterischen Störungen sind wesentlich als Dissoziationsvorgänge, quantitativer wie qualitativer Art, aufzufassen. Eine Erklärung für den mannigfaltigen und wechselvollen hysterischen Krankheitserscheinungen wird durch die Auffassung gewonnen, dass es sich nicht nur um einen psychischen, im Gehirn lokalisirten, sondern auch um einen ausserhalb des Gehirns bestehenden körperlichen Dissoziationsprozess handelt und diese Auffassung wird weiter gestützt durch die Betrachtung der Wechselbeziehungen zwischen den bei Hysterie vorkommenden peripherkörperlichen und zentralpsychischen Störungen.

Nach dem Prinzip der Wirkung und Gegenwirkung muss eine periphere Veränderung, die z. B. von der Hirnrinde aus durch eine Vorstellung ausgelöst wird, rückwirkend wieder diese Vorstellung in der Hirnrinde herbeiführen können. Dadurch, dass ferner Körpertheile, die durch einen bestimmten psychischen Vorgang eine Beeinflussung erfahren, ihrerseits, auch wenn sie von anderer als psychischer Seite in den Zustand der nämlichen Beeinflussung versetzt werden, auf das Gehirn die Wirkung üben können, welche das Hirn seinerseits nöthig hatte, um auf die Organe zu wirken, erklärt sich, wie psychische Vorgänge in uns rege werden können, ohne dass wir unserseits wissen, woher diese Erregungen kommen.

Durch die Annahme eines körperlichen und psychischen Dissoziationsprozesses wird es wahrscheinlich, dass bei Hysterischen unter dem Einflusse der Dissoziation ein Theil der Wirkungen ausfällt oder abgeschwächt wird, welche beim normalen Menschen zu Stande kommen und dass in Folge dessen die andern körperlichen Wirkungen sich in gesteigertem Maasse geltend machen. In jedem einzelnen Falle ist daher nachzuforschen, ob nicht durch eine ausserhalb des psychischen Gebietes liegende körperliche Störung ein Theil der hysterischen Erscheinungen sich erklären lässt. Viele hysterische Störungen stellen sich als psychische Gegenwirkung einer ursprünglich körperlichen Beeinflussung dar.

Verschiedene Erscheinungen machen es wahrscheinlich, dass bei der Hysterie eine Dissoziation der Funktionen in benachbarten Körpertheilen stattfand, dass dieselben eine weitgehende Unabhängigkeit von einander erworben haben. Aus diesen körperlichen Dissoziationen lassen sich vielfach die eigenthümliche hysterische Zerstreutheit, die Verwirrtheit, Unbeständigkeit und Aengstlichkeit ableiten. Diese Erscheinungen sind nicht immer als primär psychisch bedingt aufzufassen.

Aus den mannigfaltigen Wechselwirkungen der psychischen und körperlichen Störungen entwickelt sich schliesslich der sog. hysterische Charakter. Die Auffassung, dass dieser krankhafte Zustand in vielen Fällen etwas Erworbenes ist, hat für unser therapeutisches Handeln eine grosse Bedeutung, indem der lokalen Therapie dadurch ein grösserer Werth beigelegt wird. T. ist in der Lage, über günstige diesbezügliche Erfahrungen

berichten zu können und hofft, dass dadurch die Behandlung der Hysterie eine noch dankbarere als bisher wird.

Wick, *L.*, Ueber einen Fall von traumatischer Hysterie. Wiener mediz. Wochenschrift No. 5.

Ein hereditär belasteter junger Mann erlitt wiederholt ein Trauma, war danach jedesmal längere Zeit bewusstlos, auch traten später Krämpfe ein. Trotz dieser anamnestischen Angaben wurde er beim Militär eingestellt. Hier wiederum Trauma, danach Krämpfe, Kontraktionen und längeres Bestehen eines deliranten Zustandes. Später wurde auch Hemianästhesie beobachtet. W. weist darauf hin, dass bei der Feststellung der Diensttauglichkeit eine Sensibilitätsprüfung nicht hätte unterbleiben dürfen, wodurch der hysterische Zustand rechtzeitig erkannt worden wäre.

Die Einzelheiten des ganz interessanten Falles mögen im Original nachgelesen werden.

Mann, *Ludwig*, Ueber einen Fall von hysterischer sensorischer Aphasie (Sprachtaubheit) bei einem Kinde. Berl. klin. Wochenschrift No. 5.

Dieser sehr bemerkenswerthe Fall betrifft ein 7jähriges Mädchen, welches nach einem Aerger plötzlich völlig taub geworden zu sein schien. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich, dass keine eigentliche Taubheit vorlag, dass vielmehr nur die Fähigkeit, das gesprochene Wort zu verstehen, aufgehoben, die Wahrnehmungsfähigkeit für einfache Geräusche dagegen vollkommen erhalten war, dass es sich also um sensorische Aphasie handelte. Ausserdem bestand hochgradige Paraphasie, nur wurde der Rhythmus und die Silbenzahl der Worte, auch oft die Vokale im Allgemeinen richtig wiedergegeben. Ausser dem Diktatschreiben, welches natürlich unmöglich war, gelang auch das Spontanschreiben nicht, dagegen ging das Abschreiben ungestört vor sich.

Bei der Differentialdiagnose, ob organische oder hysterische Störung, entschied sich M. für die letztere Annahme. Es fehlten nämlich anderweitige cerebrale Symptome, die bei der Grösse des anzunehmenden Herdes nicht hätten ausbleiben können, ferner war die Intensität der paraphasischen Erscheinungen eine wechselnde, von den Launen des Kindes nicht unabhängige. Auch war die Intelligenz wohlerhalten. Schliesslich sprach der ätiologische Faktor, die psychische Erregung für Hysterie. Nach Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen wurde durch Anwendung schmerzhafter faradischer Ströme in Verbindung mit methodischen Sprachübungen völlige Heilung erzielt. Bemerkenswerth dabei war, dass, wenn das Kind nach wiederholtem Vorsagen ein Wort erfasst hatte und richtig nachsprechen konnte, dann auch sofort der Wortbegriff wiedererwacht war.

Wenn man dann das Wort aussprach, so konnte das Kind den Gegenstand zeigen; vorher war ihm das unmöglich.

Der vorstehende Fall scheint die erste Beobachtung von hysterischer sensorischer Aphasie zu sein.

Bregmann, Ueber Kothbrechen bei Hysterie. Neurolog. Centralblatt S. 882.

Br. stellt aus der Literatur die Fälle von Kothbrechen bei Hysterie zusammen und berichtet dann über eine interessante eigene Beobachtung. Ein 23jähriges Dienstmädchen ist seit einem Jahre leidend, Klagen über allgemeine Schwäche, Kopf- und Rückenschmerzen. Objektiv finden sich: verminderte Reflexe der Conjunctiva, des Rachens, Steigerung der Sehnenreflexe, mehrere Schmerzpunkte, keine objektiven Sensibilitätsstörungen, keine Gesichtsfeldeinschränkung. Wiederholt traten Anfälle mit unvollständigem Bewusstseinsverluste und konvulsiven Erscheinungen auf. Der Bauch war gleichmässig aufgetrieben, schmerzhaft meistens um den Nabel. Es bestand Stuhlverstopfung, trotz verschiedener Abführmittel und Klysmen, ferner, als hervorstechendstes Symptom, Erbrechen, darunter auch Blut- und Koth-Erbrechen. Der Allgemeinzustand wechselte sehr, bald verrichtete sie leichte Arbeiten, bald, besonders nach Streitigkeiten, machte sie den Eindruck einer Schwerkranken. Später kam noch ein Prolapsus recti mit Darmblutungen hinzu, der durch operativen Eingriff beseitigt wurde.

Bei der Besprechung des Falles lässt Br. die Frage offen, ob es sich um spastische Contractionen der Darmwand oder um eine Atonie bezw. Lähmung der Darmmuskulatur gehandelt habe. In Betreff des Kothbrechens erinnert er auch an die Möglichkeit antiperistaltischer Bewegungen.

De Paoli, *Erasmo*, Beitrag zum klinischen Studium der Deviationen und Contracturen neurotischen Ursprungs der Wirbelsäule (mit besonderer Berücksichtigung der hysterischen Skoliose). Wiener mediz. Presse No. 20.

Verf. stellt kurz die nur spärliche Literatur über Deviationen und Kontrakturen der Wirbelsäule hysterischen und neurotischen Ursprungs zusammen und berichtet dann über vier eigene Beobachtungen. 1. Hysterische Skoliose bei einem 12jährigen Mädchen. Dieses litt als Kind an Vereiterung der Halsdrüsen. Im 12. Jahre trat nach starker Ermüdung plötzlich ein Schmerz am rechten Hypochondrium auf und allmählich entstand dann eine Deviation der Wirbelsäule in der Lendengegend nach links, zugleich eine leichte Kyphose in der Höhe des 11. Brustwirbels; die proc. spinosi hier leicht druckempfindlich. An dem Sayre'schen Apparate korrigirt sich die Deviation fast vollständig. Der Widerspruch zwischen der angeblichen Höhe der Schmerzen und dem guten Allgemeinzustande der

Kranken, der Mangel an topischer Uebereinstimmung zwischen der Richtung der neuralgischen Schmerzen und den betroffenen Wirbeln, die Schmerzzunahme bei Beaufsichtigung, das Fehlen jeglicher Schmerzhaftigkeit während der Nacht, das Ausbleiben der Wirkung eines immobilisirenden Apparates wiesen auf den hysterischen Ursprung der Skoliose hin. Für den weiteren Verlauf ist bemerkenswerth, dass die Deviation der Lendenwirbelsäule plötzlich schwand und auf die Halsgegend überging.

2. Hysterische Kontraktur der Halswirbelsäule mit Schmerzanfällen nach leichtem Trauma bei einem 8jährigen Mädchen. Patientin hatte von der Lehrerin einen leichten Schlag auf den Nacken erhalten, während sie den Hals gebeugt hielt. Sie konnte ihn nun nicht mehr strecken, der Kopf wurde krampfhaft gegen die Brust gedrückt gehalten. Nach zwei Stunden gelang es, den Kopf wieder in die normale Lage zu bringen. Später trat nach den leichtesten Veranlassungen die Kontraktur wieder auf. An den Dornfortsätzen und rechten Querfortsätzen des 4. und 5. Halswirbels bestand Hyperästhesie. Nach Verlauf von zwei Jahren stellten sich allgemein hysterische Konvulsionen mit Bevorzugung der rechten Körperhälfte ein.

In den beiden Fällen waren die Erscheinungen an der Wirbelsäule die ersten Anzeichen des hysterischen Leidens.

3. Eine 35jährige Patientin, die seit ihrem 17. Jahre an Weinkrisen und vorübergehenden Zuständen von konvulsiven Bewegungen ohne Bewusstseinsverlust, begleitet von heftigen Kopfschmerzen, seltener von Schwindelgefühl, litt, fiel vor fünf Jahren eine Stiege hinunter auf Kreuz und Hinterkopf. Es blieben davon zurück diffuse Neuralgien in Kopf, Abdomen und Wirbelsäule. Zwei Jahre später nach schädigenden Einflüssen nahmen die Schmerzen zu, die Dornfortsätze der unteren Brustwirbel wurden druckempfindlich, es stellte sich eine Skoliose der Lendenwirbelsäule nach links ein. Die Lendenmuskulatur ist links stärker entwickelt, gespannter und druckempfindlicher als rechts. Alle Bewegungen der Wirbelsäule können uneingeschränkt ausgeführt werden. Im Hinblick auf das Fehlen von kyphotischen Veränderungen, die vollständige Bewegungsfreiheit der Wirbelsäule und die Thatsache, dass die schmerzhaftesten Punkte örtlich nicht mit der Skoliose zusammenfielen, wurde die Diagnose auf einfache hysterische Skoliose gestellt.

4. Ein 40jähriger Mann hatte vor sechs Monaten beim Uebersetzen eines Grabens einen heftigen Schmerz in der Lendenwirbelsäule empfunden. Einen Monat später traten, nachdem die ursprünglichen Schmerzen geringer geworden waren, Schmerzen im Verlauf der Ischiadici auf; später, nach einem halben Jahre, fand sich linksseitige Skoliose der Lendenwirbelsäule. Wie der weitere Verlauf zeigte, handelte es sich um eine neurotische Skoliose, bedingt durch leichtes Trauma.

Leroy, Le mutisme hystérique dans l'histoire. Archives de neurologie. Décembre.

L. hat die ihm bekannt gewordenen Fälle von hysterischer Stummheit zusammengestellt vom Alterthum bis zur Gegenwart, eine verhältnissmässig geringe Zahl. Die Vorgänge sind im Grossen und Ganzen einander sehr ähnlich, sehr verschieden dagegen die in den einzelnen Zeitabschnitten aufgestellten Erklärungsversuche für diese auffällige Erscheinung.

Schlüter.

Westphal, A., Weiterer Beitrag zur Lehre von der Tetanie. Berl. klin. Wochenschrift No. 33.

W., der früher einen Fall von Tetanie complicirt mit Hysterie mittheilte, veröffentlicht hier zwei sehr interessante Fälle von Tetanie komplicirt mit Epilepsie.

1. Bei einer früher gesunden Frau trat am zweiten Tage nach einer Kropfexstirpation, bei der nicht die ganze Drüse entfernt, sondern zwei kleine, aber wahrscheinlich nicht mehr funktionsfähige Stücke zurückgelassen waren, Tetanie auf. Zu diesen Tetanieanfällen gesellten sich ein halbes Jahr nach der Operation epileptische Anfälle und führten zu eigenthümlichen Misch- und Uebergangszuständen beider Krampfformen. Bemerkenswerth ist, dass auch nach den Anfällen rein epileptischer Natur regelmässig eine lebhafte Steigerung der mechanischen Nervenerregbarkeit festzustellen war. Die akut auftretenden Verwirrtheits- und Erregungszustände wurden nur im Anschluss an die epileptischen Anfälle oder deren Mischformen mit Tetanie, nie aber nach reinen Tetanieanfällen beobachtet.

Auf beiden Augen erfolgte sodann Kataraktbildung. Nach *Peters* beruht die ursächliche Bedeutung der Tetanie für die Kataraktbildung darin, dass durch Ciliarmuskelkrämpfe zeitweise eine Aufhebung der Zufuhr normalen Ernährungsmaterials zur Linse hervorgerufen wird, worauf die centralsten Teile der Linse mit einer Schrumpfung antworten. Gegen diese Annahme spricht der vorstehende Fall, da während der Tetanieanfälle niemals Pupillenverengerung oder Sehstörungen beobachtet werden konnten. W. spricht sich dafür aus, dass die Kataraktbildung bei Tetanie, ebenso wie die mannigfachen anderen bei dieser Krankheit beobachteten trophischen Störungen, zurückzuführen sind auf durch Giftwirkungen bedingte Ernährungsstörungen.

Aus dem Verlauf der Krankheit ist erwähnenswerth, dass einmal während der Schwangerschaft die Krämpfe spontan aufhörten, dann, dass Thyreojodin-Behandlung von vorzüglichem Erfolge war und dass nach sechs Tage langer Behandlung die Anfälle von Tetanie wie von Epilepsie sechs Monate lang wegblieben. Auch das psychische Verhalten wurde sichtlich dadurch günstig beeinflusst, indem aus der apathischen, dementen Patientin eine regsame, freundliche Frau wurde.

2. In dem anderen Falle handelt es sich um eine 42jährige apathisch-demente Patientin mit eigenthümlich starrem Gesichtsausdruck, die seit fünf

Jahren wegen Epilepsie in Behandlung ist. Das Gesicht und der Hals sehen verdickt und gedunsen aus, der Gang ist plump und watschelnd. Die Hände und Vorderarme haben ein bläulich-rothes, marmorirtes Aussehen, die Fingernägel sind cyanotisch, blau gefärbt. Die Hände befinden sich in charakteristischer Tetaniestellung und zwar sind diese tonischen Muskelkrämpfe dauernd, wenn auch in der Intensität wechselnd. Durch Druck auf den Sulcus bicipitalis int. werden die Kontrakturen regelmässig sehr deutlich verstärkt. In Folge der tonischen Krämpfe ist die Kranke beim Aus- und Anziehen, beim Essen etc. sehr behindert. Diese Bewegungsstörungen bestehen mindestens seit fünf Jahren. Eine Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nerven ist meistens vorhanden. Mechanische Uebererregbarkeit der Muskeln oder myotonische Reaktion derselben ist nicht vorhanden. Eine versuchsweise vorgenommene Thyreojodin-Behandlung musste wegen schnell eintretender Intoxikationserscheinungen (Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen) aufgegeben werden.

An dem vorstehenden Fall ist ungewöhnlich das kontinuirliche Fortbestehen der tonischen Muskelspannungen. Gleichwohl glaubt W. den Fall zur Tetanie rechnen zu müssen, unter Berücksichtigung des Vorhandenseins der mechanischen Uebererregbarkeit der Nervenfäden in Verbindung mit dem Trousseau'schen Phänomen. Die psychischen Störungen trugen den Charakter der bei Epileptikern vorkommenden Krankheitserscheinungen.

W. nimmt an, dass das Zusammenvorkommen von Epilepsie und Tetanie kein zufälliges Ereigniss ist, sondern dass beide Krankheiten in der Mehrzahl der Fälle auf dieselbe Ursache, Intoxikation durch krankhafte Stoffwechselprodukte, zurückzuführen sind.

Worotinski, B. J., Die Hysterie in der Wissenschaft und im Leben. Beilage zum Neurologischen Berichterstatter. Kasan 1901. Oeffentlicher Vortrag. 47 S.

Der Vortrag ist sehr interessant und fesselnd geschrieben, trägt jedoch trotz aller Gelehrsamkeit den Charakter eines populären Vortrages an sich. Der Verf. hebt besonders die Bedeutung der Psychiatrie zu der Anthropologie, Soziologie, Psychologie und gerichtlichen Medizin hervor, charakterisirt dann die Haupterscheinungen der Hysterie und vergleicht sie mit der Neurasthenie und dem Schlafwachen, und sucht die Ursachen derselben und die Theorie so viel wie möglich zu erklären. Die Hauptaufgabe sucht er jedoch darin nachzuweisen, dass das Wohl des Volkes unendlich viel davon abhängt, die Gesundheit der Frau im Allgemeinen und ganz besonders während der Entwickelungsperiode zu schützen und zu pflegen, wie auch während der Menstruation, Schwangerschaft, vor und nach den Geburten; um dies zu erreichen, sei es aber auch nöthig, der ganzen Frauenerziehung eine andere mehr praktische Richtung zu geben. Als Beweis für seine Ausführung führt er eine Aeusserung Lykurgs an: „In dem

blühenden Gesundheitszustande der Frau birgt sich die ganze Kraft und Macht des Volkes". *A. v. Rothe.*

Garnier, Drouin u. Boeteau, Eine gerichtlich-medizinische Konsultation über einen Fall von traumatischer Hysterie. Revue de Psychiatrie. Juillet. No. 7.

Es handelt sich um einen jungen Mann, der sich 1898 bei einer Acethylenexplosion eine leichte Verletzung an der Lippe zugezogen hatte. Nach einem Monat trat ein hystero-epileptischer Anfall ein, der von einem tobsüchtigen Erregungszustand gefolgt war. Diese Attaquen wiederholen sich in der Folgezeit und veranlassten mehrfache Unterbringungen in Anstalten. Da der Kranke körperliche und geistige Degenerationszeichen bot und vor dem Unfall bereits hysterisch war, konnten die Verff. der Explosion nur einen occasionellen Einfluss auf das Zustandekommen des jetzigen Zustandes einräumen. *Tantzen.*

---

9. Alkoholismus und toxische Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

Sauermann, Statistisches über die Trunksucht. Psychiatr. Wochenschrift No. 29.

Von den in den Jahren 1896—1900 aufgenommenen 1172 Männern in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn waren 21,5% von den 1088 Frauen 3,2% Trinker, also 12,6% der gesammten Aufnahmezahl. Durch Trunksucht erblich belastet waren im Ganzen 122, von denen 77 nicht als Trinker bezeichnet wurden, noch bei weitern Nichttrinkern war neben andern Momenten erblicher Belastung Trunksucht angegeben, die Trunksucht überhaupt spielte bei 424 von den 2260 Fällen eine Rolle, das macht 18,7% aus. Die bekannte grössere Gefährdung erblich Belasteter durch Alkohol fand sich dadurch bestätigt, dass von den Trinkern 38,8% der Männer und 34,2% der Frauen erblich belastet waren, während die Zahlen bei den Nichttrinkern 25,3% bezw. 33,9% ausmachten. Bestraft waren von den aufgenommenen Trinkern 17% Männer und 8,5% Frauen, von den Nichtrinkern nur 11,5 bezw. 3,4%. Die Gesetzesverletzungen gegen die Person überwogen die gegen das Eigenthum.

Für die aus den Anstalten entlassenen chronischen Alkoholisten wünscht S. den Anschluss an die Enthaltsamkeitsvereine und hält die Hülfsvereine für berufen, die Verbindungen zwischen Irrenanstalten und Enthaltsamkeitsvereinen zu vermitteln.

Delbrück, Ueber Trinkeranstalten. Psychiatr. Wochenschr. No. 34.

In einem in der VI. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes in Hamburg am 25. September 1901 erstatteten Referate bespricht D. die verschiedenen Ansichten über die Errichtung der Trinkerasyle, Internirungszwang, Verhältniss zu den Irrenanstalten und vertheidigt folgende Thesen:

1. Die eigentlichen Trinkerheilstätten können zur Zeit nur offene Anstalten sein. Sie gestatten unter Umständen einen gesetzlichen Zwang zum Aufenthalt, vertragen sich aber nicht mit dem physikalischen Zwang geschlossener Thüren.

2. Die Irrenanstalten kann man in absehbarer Zeit in der Behandlung der Trinker nicht entbehren. Hierher gehören alle Fälle mit eigentlicher alkoholischer Psychose, dann die pathologischen Charaktere aller Art, welche aus irgend einem Grunde unter Bewachung sein müssen, schliesslich, solange sie renitent sind, die Einsichtslosen, welche in einer Trinkerheilanstalt nicht bleiben wollen.

Zusatz a. Es ist deshalb moralische Pflicht der Irrenanstalten, sich (allmählich) so einzurichten, dass die nothwendige Abstinenzsuggestion auch auf ihren Abtheilungen herrscht.

Zusatz b. Für die Zukunft ist neben den offenen Trinkerheilanstalten und den geschlossenen Irrenanstalten die Errichtung geschlossener staatlicher Trinkerverwahranstalten im Auge zu behalten, die vielleicht mit den gleichfalls erst postulirten Anstalten für moralische Idioten verbunden werden können.

3. Neben der Unterbringung der Alkoholiker in offenen und geschlossenen Anstalten wird auch eine solche in abstinenten Familien in manchen Fällen gute Dienste leisten. Doch ist diese Frage streng zu trennen von der jetzt viel erörterten „Familienpflege“ im psychiatrischen Sinne.

Die sich an dieses Referat anschliessende Diskussion führte zu dem Ergebniss, dass die Thesen zur Annahme gelangten mit der Abänderung, dass in 2a das Wort „moralisch“ und die Klammern um das Wort „allmählich“ gestrichen wurden. Ferner soll hinzugefügt werden, dass es sich empfiehlt, die aus den Anstalten Entlassenen Abstinenzvereinen überweisen zu lassen.

Colla, Voraussetzungen und Grundsätze der modernen Trinkerbehandlung. Halle, Marhold. 35 S.

Die Grundlage des klinischen Bildes des Alkoholismus ist die Alkoholintoleranz. Intolerant gegen Alkohol ist jeder, der entweder auffallende akute Vergiftungssymptome zeigt oder der bei gewohnheitsmässigen Genuss geistige oder körperliche Schädigungen erfährt.

C. fasst den Begriff der Intoleranz sehr weit und ist überzeugt, dass ihre Frühsymptome sich häufiger finden, als man glaubt, und oft bis in die Kindheit zurückweisen.

Die Intoleranz, mag sie angeboren oder erworben sein, ist nicht wegzuschaffen, alse muss bei der Trinkerbehandlung der Alkohol weggeschafft werden und das ist nur möglich durch Totalabstinenz. Gegenüber der so mächtigen Trinksitte ist nur eine völlige Umwandlung der Person des Kranken im Stande, Aussicht auf Erfolg zu bieten. Nach den Erfahrungen des Verf. kann man von den genuinen Alkoholikern bei genügend langer Zeit weit über die Hälfte heilen.

Vor einer sofortigen Entziehung des Alkohols bei einem Trinker braucht man sich nicht zu scheuen. Ein Delirium hat C. nie zum Ausbruch kommen sehen, wohl kommt eine leichte motorische Unruhe, oft mit Schlaflosigkeit verbunden, vor, die rasch vorübergeht. Häufig findet sich Polyurie oder Zucker oder Eiweiss im Urin, in den ersten Tagen besteht oft Appetitlosigkeit oder es kommen Sinnestäuschungen vor, Symptome, die alle rasch verschwinden.

Bleuler, Trinkerheilstätte und Irrenanstalt. Psychiatr. Wochenschrift No. 5, S. 47.

Verf. kommt in seinen Ausführungen zu folgendem Resumé: „Die eigentlichen Trinkerheilstätten können zur Zeit nur offene Anstalten sein. Sie enthalten unter Umständen einen gesetzlichen Zwang zum Aufenthalt, niemals aber vertragen sie den physikalischen Zwang geschlossener Thüren. Der Irrenanstalten kann man in absehbarer Zeit in der Behandlung der Alkoholiker nicht entbehren. In dieselbe gehören alle Fälle mit eigentlichen alkoholischen Psychosen, die pathologischen Charaktere aller Art, welche aus irgend einem Grunde unter strenger Bewachung sein müssen, dann die Einsichtslosen, welche in einer Trinkerheilstätte nicht bleiben würden, so lange sie renitent sind. Es ist deshalb moralische Pflicht der Irrenanstalten, sich so einzurichten, dass die nothwenige Abstinenzsuggestion auch auf ihren Abtheilungen herrscht. Ferner müssen die Irrenärzte dahin wirken, dass der einfache Alkoholismus den Psychosen gleichgestellt wird, insofern, als er genügenden Grund zu einer Zwangsinternirung abgiebt. — Viele Fälle gehören zuerst in die geschlossene (Irren-)Anstalt, nachher, wenn sie sich etwas gebessert haben, in die Trinkerheilstätte. Es ist Pflicht der Irrenanstalt, diese Fälle auszuwählen, und soweit als möglich dafür besorgt zu sein, dass sie aus der Irrenanstalt direkt in die Heilstätte kommen.

Bratz, Darf eine Trinkerheilanstalt einen Trunksüchtigen kraft Auftrages des Vormundes festhalten? Psychiatr. Wochenschrift No. 14, S. 149.

Nach der Auffassung des sächsischen Justizministeriums hat die Anstalt ein eigenes Recht, den Trunksüchtigen festzuhalten, nicht, ist aber hierzu auf Grund der ihr vom Vormund ertheilten Ermächtigung und zwar, solange als die Ermächtigung dauert, befugt.

Schlöss, Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten. Psychiatr. Wochenschr. No. 34, S. 31.

Als therapeutisches Mittel will Verf. den Alkohol in Irrenanstalten nicht entbehren; er vertritt, sich stützend auf die Versuche von Binz, Munk und Uffelmann, Neumann, Rosemann die Ansicht, dass Alkohol in eminenter Weise die Ernährung unterstützt, da er, wenn genügend Nahrung gegeben wird, Fett und Eiweiss spart. Bei Erschöpfungspsychosen des Wochenbetts und der Laktationszeit sucht er daher die Ernährung durch kleine Gaben Bier oder Wein zu heben. Für Collapsdelirien und für stürmisch verlaufende Aufregungszustände, bei denen Collaps droht, redet er zur Abwendung momentaner Gefahr der Verabreichung von Cognak, Rum oder Schaumwein das Wort, ebenso der Verabreichung von Bier als schlafmachendes Mittel bei senilen Psychosen und bei der Melancholie. Schliesslich erwähnt er noch die beruhigende Wirkung des Alkohols bei hochgradiger Erregung in Fällen von akuter Verwirrtheit und bei deliriösen Aufregungszuständen und die Anwendung als Vehikel, wo man einem widerstrebenden Kranken ein Medikament beibringen will.

Als Genussmittel die alkoholischen Getränke ganz aus den Anstalten zu entfernen, die allgemeine Abstinenz in allen Irrenanstalten einzuführen, lässt sich nach Verf. nicht rechtfertigen, da manchen Kranken ein mässiger Alkoholgenuss nicht schadet und diesen gegenüber es hart erscheinen muss, wenn ihnen ein gewohnter und harmloser Genuss versagt wird. Nur in denjenigen Anstalten, in denen Kranke, denen Alkoholgenuss überhaupt versagt bleiben muss, in grösserer Anzahl vorhanden sind, also in Anstalten, die ihr Material aus Grossstädten erhalten, ist die Einführung der Abstinenz zu rechtfertigen und zu empfehlen. Dann muss aber auch das Pflegepersonal abstinent sein und es darf überhaupt kein alkoholisches Getränk auf die Abtheilung kommen. Solche Kranke, denen der Alkohol versagt werden muss, sind die Alkoholiker und die Intoleranten, wozu viele Idioten und Imbecille, zu Gewaltthaten neigende Degenerirte, Paralytiker mit Neigung zu Anfällen gehören. Bei an genuiner Epilepsie Leidenden konnte Schl. durch den Genuss leichten Bieres eine schädliche Beeinflussung des Krankheitsverlaufes oder eine Zunahme der Anfälle nicht wahrnehmen.

Wulffert, Thesen zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige.
Wulffert, Zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige.
Psychiatr. Wochenschr. No. 35 und 38.

W. wünscht u. A. Erweiterung des Kreises der zur Stellung des Entmündigungsantrags Berechtigten auf die Staatsanwaltschaft bei einem Delikte, die Polizeibehörde bei Störung der öffentlichen Ruhe und der Sicherheit Anderer und auf die nach dem neuen Fürsorgeerziehungs-Gesetz zur Stellung des Antrags auf Fürsorgeerziehung berechtigten Beamten, wenn zu befürchten ist, dass die Kinder der trunksüchtigen Person mit der Zeit der Fürsorgeerziehung benöthigen werden. Er wünscht ferner die Zuziehung eines Arztes als Sachverständigen bei dem Entmündigungsverfahren der Trunksüchtigen und dass der § 681 der C.P.O. in jedem Falle in der Art anzuwenden ist, dass nach Eingang des Antrages dem zu Entmündigenden eine Frist gesetzt wird, in der er seine Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt oder in einen satzungsmässig sich mit Trinkerheilung befassenden Abstinenzverein bewirken kann und dass nach Eingang der Anzeige von der erfolgten Aufnahme die Beschlussfassung ausgesetzt wird, das Verfahren aber seinen Fortgang nimmt, wenn der zu Entmündigende vorzeitig gegen den Willen des Anstaltsleiters die Trinkerheilanstalt verlässt oder ungeheilt aus derselben entlassen wird, oder wenn er im Laufe der ersten 12 Monate aus dem Abstinenzverein ausscheidet.

Für die Anstaltsbehandlung der Trunksüchtigen kommen zweierlei Anstalten in Betracht: a) die offenen privaten oder öffentlichen Spezialheilanstalten (Trinkerheilanstalten, passender: Abstinenzanstalten genannt), b) die geschlossenen nach dem Abstinenzprinzip eingerichteten Irrenanstalten (Abstinenz-Irrenanstalten). Jede Provinz müsste für je 50 heilbare Trunksüchtige eine Trinkerheilanstalt errichten oder die Errichtung einer Abstinenzgesellschaft übertragen. Der Staat müsste vorweg die Hälfte der Kosten der ersten Kurversuche übernehmen. Sind 2 Kurversuche missglückt, so müsste der Trunksüchtige nach seiner Entmündigung einer Abstinenzirrenanstalt auf unbestimmte Zeit übergeben werden können. Statt die unheilbaren Trunksüchtigen den Irrenanstalten zuzuweisen, könnte die Provinz geschlossene Trinkerpflegeanstalten errichten oder durch Abstinenzvereine errichten lassen.

Tilkowsky, Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholikerfrage in den niederösterreichischen Irrenanstalten. Wiener klin. Rundschau No. 21.

Die Zahl der Alkoholisten in den niederösterreichischen Irrenanstalten, insbesondere der Wiener, ist eine derartig beträchtliche, dass wenn man weiter ruhig zusehen würde, die Irrenanstalt zur Hälfte den Charakter einer Trinkeranstalt annehmen müsste, wobei auch der ungestörte und klaglose Betrieb auf dem Spiele stände, da die Trinker recht unangenehme Elemente für eine Irrenanstalt sind. Als Massregeln gegen die Belastung mit Trinkern wandte man zwei Mittel an: strenge Sichtung der Fälle bei der Aufnahme und raschere Entlassung der Alkoholiker. Eine nicht unbeträchtliche Zahl chronischer Alkoholisten und ethisch Defekter kehrten

häufig bald in die Anstalt zurück, indem sie sich zu diesem Zwecke einen Rausch antranken oder auch direkt psychopathische Symptome simulirten. Durch Aufstellung von schwarzen Listen und Mittheilung an die Polizeibehörde liessen sich diese Anstaltshabitués zum grössten Theil fernhalten. Andererseits hat man in letzter Zeit sich auf den Standpunkt gestellt, dass aus Rücksichten der Prophylaxis ein von einer Alkoholpsychose Geheilter ebensowenig in der Irrenanstalt zurückbehalten werden darf, wie in jedem andern Krankenhaus und deshalb möglichst bald zu entlassen ist. Chronische Alkoholisten gehören in Trinkerasyle und solche müssen errichtet werden.

T. hält die ausnahmslose Verbannung der alkoholischen Getränke aus den Irrenanstalten für eine Härte manchen Pfleglingen gegenüber, zumal sie einem Zwange sehr ähnlich sieht und in den Rahmen der freien Irrenpflege kaum hineinpasst. Von 112 Anstaltsdirektoren, an die er eine bezügliche Anfrage richtete, sprachen sich 10 für und 102 gegen die Totalabstinenz in den Anstalten aus.

Berze, Ueber Trinkerversorgung unter besonderer Berücksichtigung des österreichischen Gesetzentwurfes, die Einrichtung öffentlicher Trinkerasyle betreffend (1895). Monatschrift für Gesundheitspflege No. 9 u. 10.

Die Arbeit ist besonders beachtenswerth durch die Ausführungen über die Kriminalität der Trunksüchtigen und deren Unterbringung.

Die Trennung der heilbaren von den unheilbaren Trinkern bezeichnet *B.* als eines der obersten Postulate für ein Trinkergesetz.

Die Bestimmung des Gesetzentwurfs, dass in die öffentlichen Trinkerasyle auch aufzunehmen sind „die in Folge Genusses alkoholischer Getränke geistig erkrankten und deshalb in eine Kranken- oder Irrenanstalt aufgenommenen Personen, welche zwar ihre geistige Klarheit wieder erlangt haben, jedoch noch nicht genügende Fähigkeit zur Selbstbeherrschung und zum Widerstande gegen die Trunksucht besitzen“, begrüsst er mit Freuden, wenn auch der Zusatz „und deshalb in eine Kranken- oder Irrenanstalt aufgenommen“ unnöthig ist.

B. wirft die Frage auf, ob nicht auch jene zweifelhaften Fälle von alkoholischem Verfolgungs- und Eifersuchtswahn, der sich in circumscripter Weise nur auf die nächsten Angehörigen bezieht und oft auch in dieser Einschränkung als Wahn nicht recht sichergestellt werden kann, weil Beweise für das Wahnhafte der an sich der Vernunft nicht widerstrebenden Ideen, nicht recht erbracht werden können, Aufnahme in den öffentlichen Trinkerheilanstalten, statt in den Irrenanstalten finden könnten; die therapeutischen Anforderungen könnten in den Trinkerheilanstalten ebenso gut erfüllt werden und die Gemeingefährlichkeit dieser Personen kommt doch nur den Angehörigen, nicht aber der neuen Umgebung gegenüber in Betracht.

Ist ein Trunksüchtiger unheilbar geworden, so kann er aus zwei Gründen versorgungsbedürftig sein: 1. wegen Hülfsbedürftigkeit und 2. wegen Gemeingefährlichkeit. Für beide Kategorien fehlt bisher eine Unterkunft, besonders für die auf Grund einer geistigen Minderwerthigkeit zu verbrecherischen Handlungen neigenden Trunksüchtigen. In Betreff der harmlosen Hülfsbedürftigen und erwerbsunfähigen Trunksüchtigen wäre die Ausdehnung der Befugniss, Tiinkerabtheilungen mit Detentionsrecht zu errichten, auf Armenhäuser, Siechen- und Versorgungsanstalten wünschenswerth. Die schwierige Frage der Versorgung der gefährlichen psychopathisch Minderwerthigen unter den Trinkern wäre am besten zu lösen, wenn sie als ein Theil der Frage der Versorgung gemeingefährlicher psychopathisch Minderwerthiger überhaupt aufgefasst und in Angriff genommen würde. Sie wäre richtig gelöst durch Errichtung von Schutz- und Besserungsanstalten mit dem Recht der Detinirung.

B. stellt als Ziel, das, wie er selbst meint, noch lange nicht erreicht werden wird, ein ungefähr folgendermassen lautendes Gesetz hin: „Eine Person, deren geistiger Zustand ein minderwerthiger und dessen Gemeingefährlichkeit erwiesen ist, ist zu detiniren, wenn der die geistige Minderwerthigkeit begründende Defekt von der Art ist, dass sich aus ihm die Gemeingefährlichkeit ergiebt. Die Detention hat so lange zu dauern, als dieser Defekt andauert."

Carswell, John, The working of the Inebriates Act. The journal of mental science. Oktober.

Die Hoffnungen, die sich an das englische Trunksuchtgesetz vom Jahre 1898 knüpften, haben sich nicht erfüllt. Da nur solche Gewohnheitstrinker gesetzlich einer Trinkerheilanstalt überwiesen werden können, die viermal in einem Jahr ein Vergehen begangen haben, so kommt in die Anstalt fast nur die Hefe der Gesellschaft, Diebe, Prostituirte, ferner die Grenzfälle von Verbrechen und Irresein und Individuen, die bereits in holder Abwechslung mit dem Gefängniss, dem Arbeitshaus, der Irrenanstalt Bekanntschaft gemacht haben. Bei all diesen Individuen ist der Alkoholismus nur ein Theil ihrer defekten Eigenschaften, somit, was die Heilung anbelangt, Hopfen und Malz verloren. Hinwiederum kommt die Wohlthat der Anstalt gerade den nicht verbrecherischen Trunksüchtigen nicht zu Gute, die für ihre Familie und die Gesellschaft noch gerettet werden könnten. Hier sollte das Gesetz ergänzt werden. *Ganter.*

Cotton, William, Legislation for inebriates in England, with special reference to the Act of 1889. The journal of mental science. January.

Verf. stellt die verschiedenen Bestimmungen des englischen Trunksuchtsgesetzes zusammen, wie es sich allmählich entwickelte. Wir bringen in Kürze das, was wir für erwähnenswerth halten. Nach dem Gesetz ist ein Trunksüchtiger, wer gewohnheitsmässig im Uebermass geistige Getränke zu sich nimmt und dadurch zu Zeiten sich und Andern gefährlich wird, oder die Fähigkeit verliert, für sich und seine Angelegenheiten zu sorgen. Unter den geistigen Getränken können ausser dem Alkohol auch solche verstanden werden, die eine ähnliche Wirkung hervorbringen, wie der gewohnheitsmässige Genuss von Chloral, Chloroform, Aether, Cocain etc.

Die Trunksüchtigen können verschieden untergebracht werden, so bei Aerzten und anderen privaten Personen, ohne Zwang, nach Privatvertrag, worum sich der Staat nicht kümmert. Es bestehen aber auch besondere, vom Staate konzessionirte Asyle für freiwillig sich meldende Trinker. Die Behörde verleiht die Konzession periodisch auf 2 Jahre. Ein Arzt muss angestellt sein, wenn der Besitzer nicht ein solcher ist. Jede Anstalt wird jährlich wenigstens 2 mal revidirt. Wünscht nun ein Trunksüchtiger aufgenommen zu werden, so muss er ein Gesuch mit der Erklärung, wie lange er bleiben will, an den Inhaber der Anstalt richten. Wunderlich ist, dass in dem Gesuch von zwei Personen bestätigt werden muss, dass der Mann trunksüchtig ist. Die Richtigkeit wird dann noch vom Friedensrichter beglaubigt. Der Trinker muss den angegebenen Termin in der Anstalt aushalten, aber nicht länger als 2 Jahre. Auf Antrag kann indessen der Richter jederzeit die Entlassung verfügen. Der Richter kann auch Urlaubsscheine auf 2 Monate ausstellen, während deren sich der Patient unter die Aufsicht einer ehrbaren Person zu stellen hat. Entwischt ein Patient, so kann er zwangsweise zurückgebracht werden, wenn der Anstaltsleiter dies bei der Behörde beantragt.

Solche konzessionirte Anstalten gab's am 6. August 1900 im Ganzen 17 mit 305 Insassen (131 M. 174 Fr.). Verf. glaubt, dass ebensoviele Trinker privat untergebracht seien.

Eine zweite Art Anstalten sind die Besserungsanstalten für verbrecherische Trinker. Das Gericht kann den, der ein Verbrechen unter dem Einfluss der Trunkenheit begangen hat und zu Gefängniss oder Zuchthaus verurtheilt worden ist, bis zum längsten Zeitraum von 3 Jahren in eine solche Besserungsanstalt schicken. Aber auch denjenigen Trunkenbold, der sich innerhalb eines Jahres wenigstens 3 kleinere Vergehen hat zu Schulden kommen lassen, kann dies Loos treffen.

Am 6. August 1900 existirten in England 5 solche staatliche Besserungsanstalten. Es wurden darin verpflegt 232 (202 Fr. 30 M.). Schottland und Irland haben noch keine derartigen Anstalten.

Ein Trunksüchtiger, der nicht mit dem Gesetz in Konflikt gekommen ist, kann nicht zwangsweise in eine Trinkeranstalt verbracht werden.

Ganter.

Fritsch, Ueber die forensische Beurtheilung des Alkoholismus. Wiener klin. Rundschau No. 21.

Unter 817 strafgerichtlichen Fällen, die Verf. hinsichtlich ihres Geisteszustandes zu begutachten hatte, waren 185, also 27 % Alkoholiker; die Delikte gegen die Person machten 56 %, die Sittlichkeitsdelikte 12 %, Majestätsbeleidigung und Gotteslästerung 10 %, Eigenthumsdelikte 17 % und Brandstiftung 2 % aus. Mehr als 1/3 der Fälle fiel unter den Gesichtspunkt des pathologischen Rausches oder Affektes. Ein Fall von in Absicht auf die That zugezogener Berauschung war nicht zur Beobachtung gekommen. Etwa ein Drittel der Fälle wurde als voll oder vermindert zurechnungsfähig erkannt und verurtheilt. Der menschlichen Gesellschaft ist weder durch eine kurze Freiheitsstrafe der als zurechnungsfähig erkannten Trinker, noch durch Unterbringung der Unzurechnungsfähigen in eine Irrenanstalt, aus der man sie möglichst bald entlässt, gedient.

Delbrück, Hygiene des Alkoholismus. 1. Supplementband zu Weil, Handbuch der Hygiene. Jena, Fischer. 85 S.

Eine Hygiene des Alkoholismus hätte wohl kaum ein Berufenerer schreiben können, als *Delbrück*, der das ganze Gebiet der Alkoholfrage durch und durch beherrscht und so begeistert für die Bekämpfung des Alkoholismus eintritt. Das Hervortretenlassen des persönlichen Standpunktes, das er in der Einleitung, gewissermassen entschuldigend, für schwer vermeidbar hinstellt, macht das Buch nur interessanter und die Darstellung, die mit vielem, dazu Zahlenmaterial zu thun hat, lebendiger. Der Inhalt ordnet sich in drei ziemlich gleich grosse Kapitel: die Ursachen, die Erscheinungen und die Bekämpfung des Alkoholismus; ich kann hier nur einige Punkte herausheben. Die statistischen Angaben im ersten Theil erbringen den Nachweis, dass, was den Gesammtalkoholverbrauch betrifft, jetzt die Schnapsländer die mässigen, die Wein- und Bierländer die unmässigen sind und dass das Bier eine der schlimmsten Geisseln des beginnenden Jahrhunderts zu werden droht. Die männlichen Deutschen über 15 Jahre sind im Durchschnitt täglich unmässig, d. h. sie nehmen täglich ein Alkoholquantum zu sich, dass die „Rauschdosis" *Kraepelin*'s 80—100 ccm erreicht. 6,4 % der erwachsenen Gesammtbevölkerung und 10 % der erwachsenen Männer sind Alkoholiker.

In der Frage der Wirkung des Alkoholgenusses der Erzeuger auf die Nachkommenschaft möchte *D.* sich gegenüber der Annahme einer akuten Rauschwirkung auf die Keime vor der Hand noch Zurückhaltung bewahren, so sicher auch die chronische Vergiftung des Keimplasmas als Ursache der Degeneration der Nachkommenschaft erwiesen ist.

Als vornehmste Ursache des Alkoholismus bezeichnet *D.* gewiss mit vollem Recht die Trinksitte, 80 % der trunksüchtigen Männer sind auf ihr Konto zu setzen. Hierin liegt denn auch der Hauptthebel zur Bekämpfung des Alkoholismus, die öffentliche Meinung über den Alkohol muss umgestimmt werden. Alle andern Mittel, wie Einführung alkoholfreier Ersatzgetränke, deren Bedeutung im Allgemeinen bedeutend überschätzt wird, Errichtung von Kaffee-Hallen, Vergnügungen (Konzerte, Lesehallen) ohne Alkohol, Sorge für bessere Ernährung sowie für bessere Wohnungen, können nur mitwirken, die öffentliche Meinung umzustimmen, eine Aufgabe, zu deren Lösung in erster Linie die Vereine, dann die Schulen, die militärischen Behörden und nicht zum wenigsten die Aerzte und Geistlichen berufen sind. Von gesetzgeberischen Massregeln ist nicht sehr viel zu erwarten. Hohe Besteuerung des Alkohols, Staats- oder Gesellschaftsmonopol (Gothenburger System), völliges Verbot des Verkaufs aller alkoholischen Getränke (Prohibition), Lokaloption, d. h. das den Gemeinden gesetzlich zugestandene Recht, darüber zu entscheiden, ob in ihrem Bezirk überhaupt Verkaufsstellen alkoholischer Getränke existiren sollen oder nicht, gesetzliche Regelung der Zahl der Wirthschaften — Alles erfüllt nicht völlig den Zweck. Das ideale Ziel erblickt *D.* in der allgemeinen Abstinenz, aber er begnügt sich zur Zeit mit der Forderung, „es dahin zu bringen, dass die Abstinenz nicht mehr kurzweg als Uebertreibung, als Fanatismus, als Verrücktheit angesehen, sondern als völlig berechtigt neben der jetzt herrschenden Trinksitte anerkannt wird.“ Mit Erreichung dieses Zieles würde die Heilung der grossen Zahl der Alkoholiker, besonders in den höheren Schichten der Gesellschaft, bedeutend erleichtert, zahlreiche Gelegenheiten zum Trinken würden wegfallen, die Vorstellung, dass man gelegentlich oder gar täglich etwas trinken müsste, würde schwinden und das sittliche Werthurtheil über die Trinkunsitten, die milde Beurtheilung des Rausches, der Aberglaube, dass viel trinken können eine männliche Tugend sei, würde den empfindlichsten Stoss erleiden. Später könnte man dann weiter darüber diskutiren, inwieweit eine Ausdehnung der Abstinenz möglich, wünschbar oder nothwendig sei.

Dass in einem Handbuch der Hygiene des Alkoholismus — und das vorliegende Buch ist wirklich ein Handbuch, nicht, wie der Verf. bescheidentlich sagt, nur eine kurze Skizze — auch die Besprechung der Wirkungen des Alkohols auf Körper und Geist, die Behandlung der Trunksucht des Individuums, die Trinkeranstaltsfrage, die Geschichte des Kampfes gegen den Alkoholismus, die ursächliche Bedeutung der Trunksucht für Geisteskrankheit und Verbrechen nicht zu kurz kommen, ist selbstverständlich. Besonders mag noch hingewiesen werden auf die Ausführungen über die sozialen Ursachen des Alkoholismus, wobei *D.* auch das Verhältniss der Landwirthschaft zur Produktion und zum Genuss alkoholischer Getränke näher beleuchtet und zu dem Resultat kommt, dass volkswirthschaftliche Schäden von einer allgemeinen Abstinenz nicht zu erwarten wären.

Rüdin, Ueber die Dauer der psychischen Alkoholwirkung. Psycholog. Arbeiten IV, Heft 1.

Die Arbeit enthält eine Nachprüfung der Fürer'schen Ursache über die Nachwirkung eines leichten Morgen- oder Abendrausches auf Lernen, Addiren, Associationen und Wahlreaktionen und bestätigt in der Hauptsache ihre Ergebnisse, vor Allem die Thatsache, dass einmalige Alkoholgaben unter Umständen 24 Stunden und noch längere Zeit nachwirken können. So ist nicht daran zu zweifeln, dass diese Fortdauer der Alkoholwirkung bis über das Einsetzen der nächsten Gabe hinaus (wie beim gewohnheitsmässigen Alkoholgenuss) die Grundlage des chronischen Alkoholismus darstellt.

Die Schlusssätze der Arbeit lauten: „1. Die Wirkung einer grösseren Alkoholgabe von 90—100 gr auf 4 verschiedene Personen zeigte grosse Verschiedenheiten hinsichtlich ihrer Richtung, Stärke und Dauer.

2. Die Wirkung des Alkohols bestand im Allgemeinen in einer Verlangsamung des Addirens, Erschwerung des Lernens, Verkürzung der Wahlzeiten mit Vermehrung der Fehlreaktionen, endlich in einer Zunahme der vorzugsweise auf Sprachvorstellungen beruhenden Associationen. Bei einer Versuchsperson war nur diese letztere Wirkung deutlich.

3. Die Dauer der Alkoholwirkung betrug meist 12—24 Stunden, einige Male anscheinend bis zu 48 Stunden. Die Verkürzung der Wahlzeiten verschwand am schnellsten, um dann einer Verlängerung derselben unter Fortdauer der Fehlreaktionen Platz zu machen.

4. Die Empfindlichkeit gegen den Alkohol ist nicht allein von der Gewöhnung an das Gift abhängig, sondern kann auch nach sehr langer Enthaltsamkeit gering sein."

Rosenfeld, Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. Wiesbaden, Bergmann.

Die Schrift soll nach den Worten des Vorwortes „darstellen, wie jetzt, wo die Bedeutung des Alkohols eine in neuen Fluss gerathene Frage ist, es sich in seinen verschiedentlichen Beziehungen werthen lässt, fernab von einer durch einen gewissen Fanatismus beeinflussten Agitation, die, so berechtigt sie ist, doch das Vertrauen nicht fördert, dass sie nicht die Weite des Gesichtsfeldes einschränke". Wenn der Verf. auch dieser Bewegung selbst mit sympathischem Empfinden gegenübersteht, so glaubt er doch, nur auf klinischen und experimentellen Thatsachen fussend, mit ihnen einzig rechnend, jede mögliche Objektivität gewahrt zu haben. Man kann ihm das Zeugniss geben, dass er sein Vorhaben gut ausgeführt hat und man muss ihm besonders dafür dankbar sein, dass er die vielen experimentellen Forschungen so übersichtlich zusammengestellt und kritisch auf ihren Werth geprüft hat. Es ist nicht möglich, hier alle Ergebnisse

die das Buch bringt, anzuführen, nur einzelne Schlussfolgerungen mögen hervorgehoben werden. Es ist sicher, dass der Alkohol immer Fett spart und dass er Eiweiss sparen kann; seiner an sich möglichen Verwendung als Nahrungsmittel steht jedoch seine Giftigkeit hindernd im Wege. Er ist bedeutungslos als Antipyreticum, ist kein Stomachicum und kein Excitans. Seine Wirkung im Collaps, die unzweifelhaft ist, beruht nicht auf einer Beeinflussung des Blutdrucks, sondern ist die Folge seines beruhigenden Einflusses, also eine leichte Narkose. In der Alkoholintoxikation hat man ein ausserordentlich stark prädisponirendes Moment für eine verderbliche Wirkung von bakteriellen Infektionen und Intoxikationen zu erblicken. Bei Neurasthenie hat der Alkohol häufig vorübergehend beruhigende Wirkung, bringt aber die Gefahr des Potatoriums. Als Schlafmittel erleichtert er das Einschlafen, aber allmählich verkürzt sich die Schlafdauer. In der Therapie des Alkoholismus steht die Entwöhnung obenan und ist im Prinzip das Sichere, aber „wer kein haltloser Mensch, sondern nur ein achtlos sich den üblichen Lebensgewohnheiten hingebender Mitzecher ist, der braucht nicht auf die Abstinenz für Lebenszeit zu schwören: es genügt auch, wenn er sich nur längere Zeit ganz alkoholfrei hält.“ Die Anschauung vom Abstinenzdelirium ist aufzugeben. Wir Aerzte sollen nicht durch Verordnungen und Lehren nicht den Alkohol immer und immer als ein Stärkungs- und Anregungsmittel, was er nicht ist, hinstellen, sollen vielmehr lieber Beispiele der Mässigkeit und noch besser der Abstinenz sein. Der Alkohol ist nur ein Narkoticum, je freier Jemand, ob Gesunder oder Kranker, sich von Alkohol hält, um so weniger stört er seine Lebensdauer und seine Leistungen.

Hoppe, Die Thatsachen über den Alkohol. 2. Auflage. Berlin, Calvary & Co.

Die Nothwendigkeit einer zweiten Auflage nach zwei Jahren spricht für die Brauchbarkeit und Verbreitung des Buches, die grosse Fülle des mit anerkennenswerthem Fleisse zusammengestellten Materials gestaltet es zu einem praktischen und dabei übersichtlichen Nachschlagebuch. Wer im Kampfe gegen den Alkohol, für dessen Konsum im Deutschen Reiche jährlich ca. drei Milliarden Mark ausgegeben werden, bei dessen Herstellung und Vertrieb jeder vierzehnte erwerbsfähige Deutsche mitarbeitet und auf dessen Missbrauch $^1/_5$ der Geisteskrankheiten und ungefähr die Hälfte der Verbrechen zurückzuführen sind, sich rasch orientiren und Waffen sammeln will, der muss das Buch besitzen.

Anton, Alkoholismus und Erblichkeit. Psychiatr. Wochenschr. No. 14, S. 143.

Die Leitsätze des von dem Verf. auf dem achten internationalen Kongress gegen den Alkoholismus in Wien gehaltenen Vortrags sind:

1. Zwischen Trunksucht der Eltern einerseits und Nervenkrankheiten und Degeneration der Nachkommenschaft andererseits bestehen ausgiebige und häufig konstatirte Beziehungen.

2. Trunksucht der Eltern und Entartung der Nachkommen können beide mitunter als Folgen einer Ursache aufgefasst werden, nämlich als Folge einer von vorn herein gegebenen erblichen Nervenkrankheit.

3. Auch im letzteren Falle ist es höchstwahrscheinlich, dass die stete Alkoholvergiftung eine bestehende Krankheitsanlage zur evidenten Krankheit entwickelt wird und dass dadurch die erbliche Krankheitsübertragung auf die Nachkommenschaft sich schwerer gestaltet.

4. Die mittelbare Schädigung, welche Noth und Elend, damit einhergehend mangelhafte Hygiene der Mutter und des Kindes herbeiführen, ist dabei entschieden zu veranschlagen, doch ist dieser Faktor nicht allein ausschlaggebend.

5. Chronische Vergiftung des väterlichen oder mütterlichen Organismus mit Alkohol ist an und für sich im Stande, eine krankhafte Artung und gestörte Entwicklung des kindlichen Organismus hervorzurufen.

Kassowitz, Alkoholismus im Kindesalter. Wiener klin. Rundschau No. 14.

14, für den internationalen Kongress gegen den Alkoholismus in Wien bestimmte Thesen des wesentlichen Inhaltes, dass das kindliche Nervensystem und der kindliche Organismus gegen die giftige Wirkung des Alkohols schon in geringen Gaben besonders empfindlich ist, dass man bei Kindern als Folge von protrahirtem Alkoholgenuss Zurückbleiben im Wachsthum und in der Entwicklung beobachtet hat, dass sich bei Schulkindern die schwächende Wirkung auf die Lernfähigkeit direkt nachweisen lässt, dass die Annahme von der kräftigenden, stimulirenden, fieberbekämpfenden und bakterientödtenden Wirkung des Alkohols keine Berechtigung hat und dass somit die Verabreichung alkoholischer Getränke an gesunde oder kranke Kinder unter allen Umständen dringend zu widerrathen ist.

Ladrague, Alcoolisme et enfants. Thèse de Paris. 1901.

Verf. hat sich zur Aufgabe gestellt, den Einfluss des Alkoholismus auf die Zeugung und die Entwicklung der Kinder zu untersuchen. Eine Wirkung des Alkoholismus der Eltern auf den Fötus kann auf zweierlei Art zu Stande kommen, erstens durch akute oder chronische Intoxikation der Eltern zur Zeit der Zeugung oder durch Alkoholismus der Mutter während der Schwangerschaft. In beiden Fällen können zahlreiche Schädlichkeiten die Folge sein: Tod des Fötus, Abort oder Frühgeburt, dürftige Entwicklung nnd frühzeitiger Tod des Kindes, physische und psychische Degeneration. Nicht minder schädlich wirkt der Alkoholismus des Säuglings, der

meist eine Folge des Alkoholgenusses von Seiten der Amme ist. Seltener sind die Fälle, in denen der Säugling selbst direkt in der Nahrung Alkohol erhält. Eine Reihe von eigenen Beobachtungen des Verfassers zeigt die Folgen, die der Alkoholismus der Amme für den Säugling mit sich bringen kann; nervöse Störungen, Ausschläge, Prädisposition für Infektionskrankheiten, Magen- und Darmaffektionen, allgemeine Ernährungsstörungen. Durch die Physiologie ist bewiesen, dass der Alkohol sowohl von der Mutter auf den Embryo, als auch von der Amme auf den Säugling übertragen werden kann, daher ist in beiden Fällen Abstinenz zu empfehlen. Der Alkoholismus der Kinder in den ersten Lebensjahren hat meist eine Abschwächung der Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten, nervöse Störungen und allmählich sich entwickelnde Schädigung der Intelligenz im Gefolge. — Gröbere organische Veränderungen sind hier seltener. Bei der Bekämpfung des Alkoholismus der Kinder ist an erster Stelle die Prophylaxe zu nennen, die in gesetzgeberischen Massregeln zur allgemeinen Bekämpfung der Trunksucht, im ärztlichen Rat an die Eltern und im privaten Kampf gegen den Alkohol besteht. Die Behandlung muss zunächst für Aufhören des Alkoholgenusses sorgen; im übrigen ist sie symptomatisch.

Ennen-Grafenberg.

Elzholz, Weitere Mittheilungen über Delirium tremens. Wiener klin. Rundschau No. 14.

Zur Unterstützung seiner Auffassung, dass das Delirium tremens auf das Vorhandensein eines durch den chronischen Alkoholmissbrauch im Körper erzeugten giftigen Stoffwechselprodukts zurückzuführen ist, macht Verf. auf die häufige Betheiligung der Schleimhäute aufmerksam, Bindehautentzündung, vorwiegend der Konjunktiva des unteren Augenlides, Bronchitiden und Appetitlosigkeit, Symptome, die mit dem Nachlass des Delirium rasch verschwinden. Die Abstinenz spielt seiner Ansicht nach eine wichtige Rolle bei der Entstehung des Delirium.

Bonhoeffer, Zur Pathogenese des Delirium tremens. Berlin. klin. Wochenschr. No. 32, S. 832.

An der Hand des Materials der Breslauer Klinik suchte B. die Bedingungen, unter denen sich beim chronischen Alkoholisten das Delirium entwickelt, näher zu analysiren und fand unter 250 Fällen in 70 % neben dem Delirium noch eine entweder kurz vorhergegangene oder gleichzeitig bestehende akute Komplikation. Diese Komplikationen vertheilten sich auf die einzelnen Erkrankungen in folgender Weise: 48 % kamen auf akute Infektionen, davon 20 % auf Pneumonie, die übrigen 28 % auf akute Bronchitis, Pleuritis, Lungenblutungen bei Tuberkulose, Phlegmone, Panaritien, Erysipel und akute Exantheme; bei 11 % fanden sich schwere gastrische Erscheinungen, Diarrhöen und Bluterbrechen bei Lebercirrhose.

Traumen waren bei 10 %, epileptische Anfälle bei 23 %, schwere Exzesse bei 8 % zu verzeichnen. In erster Linie stehen also die akuten Erkrankungen des Athmungsapparates, vor Allem die infektiösen. „Den Verletzungen kommt nur eine geringe pathogenetische Bedeutung zu und zwar vielleicht überhaupt nur in dem Sinne, als direkt oder indirekt (durch Fettembolie) eine Schädigung des Athmungsapparates durch sie hervorgerufen wird.“ „Den epileptischen Anfällen scheint, soweit sie nicht schon selbst Theilerscheinung desselben toxischen Prozesses, der dem Delirium zu Grunde liegt, sind, vor Allem in Zusammenhang mit starken Trunksuchtsexzessen eine deliriumauslösende Bedeutung zuzukommen.“

Eingehend bespricht B. die Bedeutung der plötzlichen Alkoholentziehung für den Ausbruch des Delirium, und auf Grund seiner Beobachtungen am Breslauer Zentralgefängniss kann er an die von *Smith*, *Kraepelin* u. A. behauptete völlige Bedeutungslosigkeit der plötzlichen Entziehung nicht glauben, er betrachtet vielmehr diese, beziehungsweise die mit ihr einhergehende Veränderung in dem Stoffumsatz des Alkoholikers unter Umständen nicht für gleichgültig. Wenn nämlich eine sehr starke chronische Alkoholintoxikation und ein geschwächter Ernährungszustand vorliegt, so kann die plötzliche Alkoholentziehung für sich allein im Stande sein, ein Delirium auszulösen. Die Fälle sind allerdings nicht häufig, die Delirien haben einen kurzen, oft abortiven Verlauf und sind prognostisch nicht ungünstig. Eine Coupirung des Delirium oder auch nur eine nennenswerthe Verlaufsänderung gelingt bei diesen Abstinenzdelirien ebensowenig durch Verabreichung von Alkoholicis wie bei den gewöhnlichen. „Für die Behandlung des Delirium tremens ist der Alkohol deshalb füglich zu entbehren.“

Iwanow, E. N., Ein Fall von Mania transitoria alcoholica. Rundschau f. Psych. No. 5.

Ein gemeiner Soldat, 25 Jahre alt, erkrankte im September 1899 und März 1901 plötzlich an einer psychischen Störung, welche 3—4 Stunden andauerte, und nach einem tiefen Schlafe vollkommen geschwunden war. Die psychische Störung zeigte sich als heftige psychische und motorische Erregung mit Zerstörungssucht und nachheriger vollständiger Amnesie. Der Patient, Gewohnheitstrinker, zeigte bei der Untersuchung die Symptome des chronischen Alkoholismus. Das acute hallucinatorische Delirium der Trinker, die Alkoholepilepsie und den pathologischen Zustand der Trunkenheit ausschliessend, beschäftigt den Verf. in dem gegebenen Falle ganz besonders die Diagnose der transitoren Tobsucht auf Grundlage des chronischen Alkoholismus. *A. v. Rothe.*

Heilbronner, Ueber pathologische Rauschzustände. Münchener medizin. Wochenschr. No. 24 u. 25.

H. fasst als pathologische Rauschzustände alle diejenigen durch Alkoholgenuss (nicht Alkoholexzess) bedingten, akut auftretenden und rasch verlaufenden Zustände zusammen, deren Zustandsbild durch die geläufigen Symptome der Alkoholintoxikation nicht erschöpft wird. Er legt mehr Gewicht auf den qualitativen als auf den quantitativen Unterschied und hält es nicht für statthaft, die Intensität der motorischen Entladung als wesentliches Kriterium des pathologischen Rausches zu erachten, sie kann bei zweifellos krankhaften Rauschzuständen fehlen; ist sie vorhanden, so ist sie entweder eine von äusseren Eindrücken unabhängige und äussert sich in rhythmischen Bewegungen, ähnlich den hysterischen Krampferscheinungen, oder sie ist psychologisch bedingt durch die für die pathologischen Rauschzustände charakteristische Angst, die sich gewöhnlich zur Verzweiflung mit phantastischen Befürchtungen (Folterung, Verbrennung, Abschlachtung u. dgl.) steigert und nicht nur heftige Abwehrbewegungen auslöst, sondern auch zu den wüthendsten Angriffen, zu Selbstverstümmelungen und Selbstmord führen kann. Expansive Affekte sind sehr selten, sie erscheinen nicht als die vergnügte Euphorie der Trinker, sondern als ganz überschwängliches Glücksgefühl. Nur in wenigen Fällen dagegen fehlt der Verlust der Orientirung, der Kranke ist total desorientirt im Sinne seines Angstaffektes, glaubt sich im Leichenhause u. dgl. und hält die Personen der Umgebung für Teufel, Todtengräber, Feinde. Die ebenfalls ängstlich gefärbten Hallucinationen betreffen vorwiegend das Gesicht (schreckliche Thiere, drohende Menschen, Schatten), selten das Gehör (Beschimpfungen, Drohungen).

Der Ausbruch des pathologischen Rauschzustandes erfolgt akut, ohne dass Zeichen der einfachen Trunkenheit jedesmal vorausgegangen sind, nicht selten erst, nachdem der Alkoholisirte bereits in Schlaf gesunken war. Die Dauer ist sehr kurz, beträgt manchmal nur wenige Minuten, nie mehr als einige Stunden. Den Abschluss bildet in den meisten Fällen ein tiefer Schlaf. Die Anzahl der Attaquen kann bei einem disponirten Individuum eine sehr beträchtliche werden, tritt aber durchaus nicht nach jedem Alkoholexzess auf.

Die Menge des genossenen Alkohols ist nicht das Massgebende, ein pathologischer Rauschzustand kann sich unter Umständen entwickeln nach Genuss einer Alkoholmenge, die unter gleichen Verhältnissen an der gleichen Person noch keine erkennbaren schweren toxischen Wirkungen hervorgerufen hat, d. h. bevor das Individuum als angetrunken zu bezeichnen ist, was forensisch sehr zu beachten ist.

Zu den pathologischen Rauschzuständen sind auch zu rechnen Zustände, die in weniger stürmischer Art und oft mit gänzlichem Fehlen stärkerer motorischer Reaktionen und mit Erhaltung des Orientirungsvermögens verlaufen. Sie sind charakteristisch durch Hallucinationen, meist im optischen Gebiet (abortives Delirium tremens), seltener durch solche im akustischen Gebiet mit Angst (abortive Hallucinose) und entwickeln sich

gewissermassen als habituelle pathologische Rauschzustände nur bei ganz schwer degenerirten langjährigen Potatoren. Amnesie besteht für solche Zustände nicht, doch bleibt manchmal die Krankheitseinsicht aus und die unkorrigirten delirirten Erlebnisse haben gewiss öfter Einfluss auf die Entstehung des Eifersuchtswahns der Trinker.

Was die prädisponirenden Momente anlangt, so ist die Intoleranz gegen alkoholische Getränke nicht mit der Neigung zu pathologischen Rauschzuständen zu verwechseln. Ferner berechtigt die Beobachtung, dass zuweilen der pathologische Rauschzustand durch einen epileptischen Anfall ausgelöst wird, nicht dazu, jeden pathologischen Rauschzustand als Symptom bestehender Epilepsie anzusehen, vielmehr stellt die genuine Epilepsie eines der zu pathologischen Rauschzuständen disponirenden Momente dar, unter denen die Hysterie eine mindestens ebenso grosse Rolle spielt. Als fernere disponirende Momente sind degenerative Veranlagung, Kopfverletzungen und die durch den chronischen Alkoholmissbrauch gesetzten Veränderungen des Gehirns zu nennen. Den letzten Anlass zum Ausbruch geben schwächende Momente, Affekte und sexuelle Erregung.

Die Diagnose ist bei Beobachtung des Kranken selbst nicht schwer zu stellen und gründet sich gegenüber der einfachen Trunkenheit auf den ängstlichen und verzweifelten Affekt und das Fehlen der Orientirung. Bemerkenswerth ist die Beobachtung, dass der Betrunkene einzuschlafen pflegt, sobald er zu Bett gebracht ist, während bei dem pathologischen Rauschzustand dieser unmittelbar beruhigende Einfluss versagt. Aus den Akten das Pathologische eines nicht selbst beobachteten Rauschzustandes festzustellen, ist oft recht schwer und manchmal unmöglich. Die Erinnerungslosigkeit ist nicht durchaus ausschlaggebend, da sie auch bei schwerer Trunkenheit vorkommen kann und andererseits eine totale Amnesie auch nach pathologischen Rauschzuständen nicht immer zu bestehen braucht. Auch der Nachweis der Disposition kann nicht den Nachweis der thatsächlich entwickelten Krankheit ersetzen. Bei dem Nachweis der Symptome eines pathologischen Rauschzustandes aber sind die Voraussetzungen des § 51 Str.G.B. gegeben.

Neben den pathologischen Rauschzuständen rechtfertigen auch noch andere Zustände von Trunkenheit die Anwendung des § 51, so bei Epileptischen, Hysterischen, Imbecillen und senil Schwachsinnigen, gewiss auch bei vielen Sexuellperversen, besonders Exhibitionisten. Ueber die Schwere und Bedeutung der einfachen Trunkenheit zu urtheilen, ist der ärztliche Sachverständige nicht berufen. Der Zustand der Berauschtheit ist ärztlich betrachtet eine toxisch bedingte Geistesstörung, aber die Exkulpirung der Mehrzahl aller Trinker lässt sich mit der Rechtssicherheit nicht vereinigen.

Gaupp, Die Dipsomanie. Eine klinische Studie. Jena, Fischer.

Gestützt auf eigene Beobachtungen und auf Beispiele aus der Literatur, sucht Verf. entsprechend den Anschauungen der Heidelberger Schule den Nachweis zu erbringen, dass die Dipsomanie als eine Aeusserungsform der Epilepsie angesehen werden muss. Bei den zur Zeit sich geltend machenden Auffassungen der Epilepsie werden seine Ausführungen zweifellos mehr Anerkennung und Zustimmung, als Widerspruch erfahren.

Die Darstellung gipfelt in dem Satze: „Die Dipsomanie oder periodische Trunksucht ist gekennzeichnet durch anfallsweises Auftreten eigenthümlicher Zustände, in welchen nach Vorausgehen einer gemüthlichen Verstimmung der unwiderstehliche Trieb nach Genuss berauschender Getränke erscheint, zu heftigen Ausschweifungen treibt, mit einer leichten oder tieferen Bewusstseinstrübung einhergeht oder zu einer solchen allmählich führt, bis nach wenigen Stunden oder Tagen, selten erst nach Wochen und Monaten, der Anfall von selbst sein Ende findet und nun nach Ueberwindung der Vergiftungserscheinungen einem mehr oder weniger gesunden Zustande Platz macht. Die periodischen Verstimmungen, welche ohne erkennbare Ursache eintreten und die wichtigste Theilerscheinung der Dipsomanie darstellen, sind epileptischer Herkunft und treten in ganz gleicher Weise auch bei anderen Formen der Epilepsie auf. Die Dipsomanie ist also keine selbständige Geistesstörung, sondern eine der Aeusserungsformen, unter denen die vielgestaltige Krankheit Epilepsie in die Erscheinung tritt."

Der dipsomanische Anfall ist bis zu dem Zeitpunkt, wo der Kranke Alkohol trinkt, eine einfache epileptische Verstimmung: durch den Alkohol wird er rasch in einen epileptischen Dämmerzustand übergeführt.

Warum die Epilepsie manchmal in der Form der Dipsomanie auftritt, weiss man nicht. Meist, aber nicht immer ist erbliche Belastung nachzuweisen. Dipsomanen stammen meistens von geistig abnormen Menschen, sehr häufig von Trinkern ab. Bei den Frauen spielen die Geschlechtsvorgänge eine gewisse Rolle für die Auslösung des dipsomanischen Anfalls.

Die Prognose der Dipsomanie ist wohl als noch ungünstiger zu bezeichnen, wie die der gewöhnlichen Epilepsie, weil das Leiden häufig oder gar meist zum Alkoholismus führt.

Bei der Behandlung lässt das a priori als das geeignetste Mittel erscheinende Bromkalium oft im Stiche. Völlige und dauernde Alkoholenthaltsamkeit ist unbedingt nothwendig und dazu Anstaltsbehandlung, am besten in einer Trinkerheilstätte, zu empfehlen. Der einzelne Anfall selbst kann neben Alkoholentziehung und Bettruhe durch Bäder, Brom, Sulfonal, Trional oder Opium gemildert werden.

Die Studie *Gaupp's* gewinnt für jeden, der sich für die Dipsomanie interessirt — und dies sollte jeder Arzt, nicht nur der Psychiater — noch dadurch an Werth, dass in der Einleitung die Geschichte der Lehre von der Dipsomanie und die Wandlungen, die der Begriff der Epilepsie mit der Zeit erfahren hat, näher beleuchtet werden.

Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Eine klinische Studie. Jena, Fischer. 226 S.

Man muss dem Verfasser Dank zollen, dass er das grosse Material, das ihm in mehrjähriger Thätigkeit an der psychiatrischen Klinik, an der Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene und an dem Strafgefängniss in Breslau zu Gebote stand, eingehend bearbeitet hat und nun die Ergebnisse seiner Beobachtungen und Untersuchungen zusammengefasst vorlegt. Auf diese Weise entstand ein Buch, das uns ein ebenso vollständiges wie klares Bild der akuten Geistesstörungen der chronischen Alkoholisten vor Augen führt, dabei aber nicht versäumt, auf die noch strittigen Punkte der Forschung hinzuweisen, und so zu weiteren Untersuchungen Anregung giebt.

Das Kapitel über das Delirium tremens ist das umfangreichste und man merkt, dass das Del. trem. ein Lieblingsthema des Verf. ist, dem er im Laufe der Zeit eine Reihe von Untersuchungen gewidmet hat, sowohl klinisch-symptomatische wie pathologisch-anatomische. Für seine Ansicht über die Pathogenose dieser Krankheit mag ein, allerdings mit grosser Reserve aufgestellter Satz angeführt werden. „Die Thatsache, dass bei fast allen chronischen Alkoholisten Störungen in der Darm- und Leberfunktion dem Delirium lange vorangehen und dass man als Gelegenheitsursache des Delirium selbst in bemerkenswerther Häufigkeit akute Störungen der Athmungsorgane findet, könnte zu der Hypothese führen, dass ein durch die chronische Gewebsschädigung des Intestinaltraktus irgendwo sich bildendes Gift, das bei sonst normaler Funktion durch die Lungen zur Ausscheidung kommt, durch Störungen des Athmungsapparates — bezw. des Gaswechsels — an der Ausscheidung verhindert wird und nun als Intoxikations-Erscheinung den eigenthümlichen Symptomenkomplex des Delirium tremens hervorruft.“

Als zweckmässigste Behandlung empfiehlt B. Bettbehandlung, prolongirte warme Bäder, Paraldehyd in Dosen von 4—5 gr zweimal täglich, subkutane Injektion von Campher (selbst dann, wenn keine Anzeichen von Herzschwäche vorhanden sind) und psychische Einwirkung durch Ablenkung der Aufmerksamkeit, um ein Abhetzen durch motorische Unruhe zu verhindern. Wo es irgend geht, soll im Delirium nicht isolirt werden und wo die Isolirung wegen zu schwerer Erregung und aus Personalmangel bei herzkräftigen Kranken angewendet wird, soll sie nur stundenweise erfolgen und immer wieder der Versuch der Bettbehandlung gemacht werden.

Der zweite Abschnitt ist dem chronischen Delirium, der Korsakow'schen Psychose, gewidmet, wobei auch die zuerst von Wernicke beschriebene Polioencephalitis haemorrhagica superior besprochen wird. Dann folgt die akute Hallucinose (akute Paranoia, akuter hallucinatorischer Wahnsinn der Trinker). Die interessante Frage, warum in einem Falle auf der Basis des chronischen Alkoholismus ein typisches Delirium, bei einem andern eine

Hallucinose sich entwickelt, möchte B. durch die Hypothese erklären, dass, da bei dem Delirium vor Allem das optisch-taktile Wahrnehmungsgebiet, bei der Hallucinose dagegen das akustische betroffen ist, die Hallucinose die spezifische Struktionsform solcher Alkoholisten darstellt, deren akustisches Wahrnehmungs- und Vorstellungsgebiet in Folge individueller Veranlagung besonders erregbar ist. Die Form des Denkens ist ja individuell verschieden, es giebt Menschen, deren Denken vorwiegend in Worten und solche, deren Denken vorwiegend in optischen Situationsbildern geschieht.

Zum Schluss bespricht B. die transitorischen Bewusstseinsstörungen der chronischen Alkoholisten, den pathologischen Rausch und Bewusstseinsstörungen ohne direkten Anschluss an frische Alkoholintoxikation, Angstanfälle, nächtliche Orientirungsverluste und Bewusstseinsstörung auf der Basis der alkoholischen Reizbarkeit — Krankheitsbilder, die forensisch Bedeutung haben.

Hoffentlich wirken diese kurzen Andeutungen über den Inhalt dazu mit, dass recht Viele sich den durch die gute Ausstattung noch vermehrten Genuss des Studiums dieses Buches nicht entgehen lassen.

de Lavarenne, Alcoolisme et Tuberculose. Annales d'hygiene publique et de médecine légale. Mars.

Der Verf. sucht mit Hilfe der Statistik festzustellen, welcher Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Tuberkulose vorhanden ist und findet zunächst, dass im Allgemeinen in den Ländern, in welchen der Alkoholismus abnimmt auch die Sterblichkeit an Tuberkulose sinkt. Der Alkoholismus ist fernerhin, wie unter anderm auch aus eigenen Beobachtungen des Verf. hervorgeht, als schwerwiegendes, prädisponirendes Moment bei dem einzelnen Individuum, selbst wenn jegliche erbliche tuberkulöse Belastung fehlt, zu betrachten. Aber auch auf die Nachkommenschaft wirkt der Alkoholismus. Die Statistik zeigt, dass bei einer grossen Anzahl von Tuberkulösen die Eltern Alkoholiker waren. Verf. hält demnach den schädigenden Einfluss des Alkohols in dieser Beziehung für erwiesen und schlägt vor, durch Erziehung, Verwaltungsmassregeln, Gesetze, Unterstützung der den Alkoholismus bekämpfenden Vereine u. s. w. den Kampf gegen den Alkoholismus zu organisiren. *Ennen*-Grafenberg.

Forel, Alkohol und venerische Krankheiten. Wiener medizin. Wochenschr. No. 16 u. 17.

Aus einem von Dr. Langstein dem Verf. zur Verfügung gestellten statistischen Material von 168 Männern und 10 (prostituirten) Frauen ergab sich, dass die Infektion alkoholisch beeinflusst war bei den Männern in 43,8%, bei den Frauen in 90%. In weitern von Forel durch Fragebogen gesammelten 214 Fällen (185 Männer und 29 Frauen) stellten sich die

Zahlen auf 76,4 bezw. 65,5%. Die Rolle des chronischen Alkoholismus bei den venerischen Infektionen tritt gegen diejenige des Gelegenheitstrunkes ungemein zurück.

Aus den Tabellen geht weiter hervor, dass bei den venerisch Inficirten der erste Beischlaf des Lebens nahezu immer vorehelich ist, respektive war, in über 96%, und dass, abgesehen von einer Infektion der erste Beischlaf des Lebens, wenn unehelich, vom Alkohol in 48,5% der Männer und 76,6% der Frauen beeinflusst war, eine Zahl, die wohl hinter der Wirklichkeit zurückbleibt.

Dembo, Esquisse sur l'activité de la commission pour l'étude de l'alcoolisme (1898—1900). St. Petersburg 1900.

Im Jahre 1898 begann die von dem russischen Verein für öffentliche Gesundheitspflege gewählte Kommission ihre Thätigkeit und der vorliegende, von dem Sekretär der Kommission verfasste Bericht giebt einen Ueberblick über die Beiträge der zahlreichen Mitarbeiter, die von 1898—1900 der Kommission eingereicht worden sind. Zu einem kurzen Referat ist dieser Bericht nicht geeignet. Die einzelnen Arbeiten behandeln folgende Punkte. Uebersicht über die physiologischen Thatsachen in Bezug auf die Wirkung des Alkohols auf den menschlichen Körper und besonders auf das Nervensystem; akuter und chronischer Alkoholismus; allgemeiner Alkoholverbrauch; Verbrauch der Spirituosen in und ausserhalb Russlands, geographische Verbreitung des Alkoholismus; Ursachen desselben; öffentlicher und staatlicher Präventivmassregeln, Bekämpfung des Alkoholismus bei den einzelnen Individuen; allgemeiner Plan eines systematischen Kampfes gegen den Alkoholismus. *Ennen*-Grafenberg.

Aubry, Un nouveau signe physique spécial à l'intoxication alcoolique: „le signe de Quinquand“. Archives de neurol. Juin.

A. weist auf ein neuerdings bei Potatoren beobachtetes Symptom hin: man lässt den Kranken die gestreckten und gespreizten Finger gegen die eigene Handflache anstemmen und nimmt dann nach kurzer Zeit ein mehr oder weniger lebhaftes Knirschen wahr zwischen den Gelenkenden der Phalangen, bisweilen sogar ein wirkliches Krachen. Allerdings fehlt dies Zeichen bei vielen Alkoholikern gänzlich, jedoch kann sein Vorkommen in zweifelhaften Fällen (wenn andere sichere Merkmale fehlen) sehr wohl diagnostisch verwerthet werden, da es nach *A.*'s Ansicht ausschliesslich bei Trinkern gefunden wird. *Schlüter*.

Féré, L'influence de l'alcool et du tabac sur le travail. Archives de neurologie, Novembre-Décembre.

F. hat seine Versuche mit dem Ergographen von *Mosso* angestellt. Die Resultate waren für Alkohol und Tabak im Wesentlichen dieselben: zunächst zeigte sich in Folge des Reizmittels vorübergehend eine erhebliche Steigerung der Leistungsfähigkeit, die sich besonders bei bereits eingetretener Ermüdung geltend machte. Aber schon nach sehr kurzer Zeit sank die Arbeitsleistung ganz rapide, so dass die Gesammtsumme einer längeren Versuchsreihe weit hinter der normalen zurückblieb. Beim Alkohol war die Wirkung eine erheblich grössere, wenn er nur in den Mund genommen und nicht getrunken wurde. *Schlüter.*

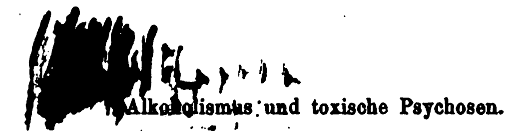
Obici e Corazza, Diffusione delle frenosi alcooliche in Padova e in Venezia. Riv. d. fren. XXVII, S. 249.

Achtjahrelange statistische Forschungen haben den beiden Verf. ergeben, dass die Zahl der Alkoholisten in Venedig weit grösser und die Formen der Geistesstörung schwerer und von längerer Dauer sind, als in dem benachbarten und in seinen Lebensgewohnheiten wenig verschiedenen Padua. — Auch sind in Venedig die Recidive häufiger und der Ausgang der Krankheit unheilvoller.

Den Grund für alles dieses suchen die Verf. darin, dass in Padua weitaus mehr Landwein (Barletta, Trani etc.) aus dem Norden, in Venedig dagegen die schweren, Aethil-alkoholreichen, mit Extraktivstoffen und in Folge des Gipsens (um der Haltbarkeit willen) mit Kalisalzen versetzten, südlichen Weine getrunken werden. *Fraenkel.*

Mayreder, *Rosa*, Abstinenz. Wiener klin. Rundschau No. 21.

Ein Wort gegen die Abstinenzbewegung, welche die Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs durch die Prinzipien der Mässigkeit als aussichtslos betrachtet, weil der Appell an den freien Vernunftgebrauch bei der Mehrzahl der Menschen nichts nütze und welche daher ein Verfahren einschlägt, das gleichfalls auf die Mehrzahl der Menschen nicht anwendbar ist, weil die Mehrzahl der Menschen nicht geneigt und nicht fähig ist, kraft eines freiwilligen Gelübdes auf ein Genussmittel zu verzichten. Das Bedürfniss nach stimulirenden und narkotischen Mitteln ist über die ganze Erde verbreitet und es ist bemerkenswerth, dass gerade diejenigen Nationen, die seit Jahrhunderten den Alkohol in den grössten Mengen gebrauchen, wie Engländer, Deutsche und Russen, zugleich die energischsten und mächtigsten sind, während die relativ alkoholfreien Südeuropäer und Orientalen verarmen und niedergehen.



Benedikt, Zur Abstinenzfrage. Ein Vorwort zum Antialkoholisten-Congresse. Wiener medizin. Presse No. 14.

In seiner eigenartigen Weise warnt *B.* den bevorstehenden Wiener Kongress, die Bekämpfung des Alkoholmissbrauches zu sehr vom Standpunkte der Abstinenzlehre angreifen zu wollen, er fürchtet, dass man auf dem Kongress „Vieles über Alkohol als Gift erfahren wird, aber gewiss kein vernünftiges Wort über den Werth der weingeistigen Getränke für die Hebung der geistigen und physischen Arbeitskraft der Menschen und der Menschheit, über ihren günstigen Einfluss auf Verdauung und Assimilation, auf ihre Hemmung der Entwicklung von organischen Giften im Verdauungskanal etc. etc.“ „Der Alkohol ladet das Nervensystem, er regt die intellektuelle und ästhetische Phantasie an und entbindet den Willen. Wenn der Alkohol heute aus dem Menschenleben verschwände, müsste und würde er allgemein wieder eingeführt werden.“

Hoppe, Psychose nach Bleiintoxikation. Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medizin, Juli, S. 35.

Den Paralytiker, der von *Seydel* (s. Literaturbericht 1900) behufs Aufhebung der Entmündigung begutachtet worden und dessen Krankheit als Folge von Bleivergiftung hingestellt worden war, hat *H.* 1½ Jahr später in Allenberg unter dem Bilde rascher Verblödung zu Grunde gehen sehen und spricht sich dagegen aus, dass man einem Paralytiker in einer Remission, die erst wenige Monate besteht und in der körperliche Symptome vorhanden sind, das Heirathen erlauben soll. Seines Erachtens wäre es besser gewesen, der Braut das Attest zur Aufhebung der Entmündigung zu verweigern.

Spiller, Multiple neuritis of the upper limbs possibly the result of hydrofluoric acid poisoning. The journ. of nerv. & ment. dis. January.

Vermuthliche Ursache war Arbeiten mit Fluorwasserstoff ohne schützende Gummihandschuhe.

Coothers, *T. D.*, Morphinism and crime. The alienist & neurol. April.

C. schätzt die Zahl der Morphinisten in den Vereinigten Staaten und Canada auf über 100000. Er stellt die weitgehende Forderung, alle Morphinisten für geisteskrank zu erklären und besondere Gesetze für sie zu schaffen. *Matusch.*

Marandon de Montyel, De l'action du sulfure de carbone sur le cerveau de ouvriers en caoutchouc. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Mars.

Die Arbeiter, die ohne genügende Schutzvorrichtungen den Schwefelkohlenstoffdämpfen ausgesetzt sind, können zweierlei psychische Störungen erleiden; erstens eine akute, den einfachen Rausch, zweitens eine chronische, eine allmählich sich entwickelnde Demenz. Beide haben grosse Aehnlichkeit mit den entsprechenden Störungen bei anderen Intoxikationen, besonders alkoholischen, und bieten keine speziell für die Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff charakteristischen Erscheinungen. Wenn bei diesen Arbeiten andere Psychosen auftreten, so sind diese von der gesammten psychischen Anlage des Betreffenden abhängig; die Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff ist nur als auslösende Ursache zu betrachten. Eine Schwefelkohlenstoffpsychose sui generis giebt es nach Verf. nicht. Diese seine Ansicht verteidigt Verf. eingehend gegen die Einwürfe und Meinungen anderer Autoren und erläutert am Schlusse seiner Arbeit an der Hand einer ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte den Einfluss der Schwefelkohlenstoffvergiftung auf eine akute halluzinatorische Psychose bei einem belasteten Menschen. Die Vergiftung war hier das auslösende Moment und gab einzelnen Halluzinationeu ein besonderes Gepräge (der Patient glaubte Schwefel zu riechen und zu schmecken); hatte aber keinen Einfluss auf den klinischen Verlauf der Erkrankung. *Ennen-Grafenberg.*

Duckworth, Mental disorders dependent on toxaemie. The journal of mental science. April.

Verf. giebt eine Uebersicht über die Rolle, die die Toxämie in der Hervorbringung geistiger Störungen spielt. Die Toxine können im Körper selbst entstehen, oder sie werden von den von aussen eindringenden Mikroorganismen erzeugt, oder sie kommen durch organische Gifte zu Stande, oder sie sind das Ergebniss des gewohnheitsmässigen Gebrauchs von Alkohol, Morphium, Cocain, Chloral. Wirken diese Gifte auf ein hereditär geschwächtes und belastetes Gehirn, so entstehen verschiedene Arten des Irreseins. Diese Prädisposition ist aber nicht in allen Fällen nothwendig. Verf. führt nun verschiedene Krankheiten an, in denen die Wirkung der Blutvergiftung auf das Gehirn und die sich daraus ergebenden psychischen Störungen bekannt sind, wie Urämie, Diabetes, Bleivergiftung etc. und schliesslich das grosse Gebiet der Infektionskrankheiten. *Ganter.*

Greidenberg, Des psychoses consécutives à l'intoxication oxycarbonique. Annal. méd.-psych. Juillet-Août. 1900.

Verf., Chefarzt der Departementsanstalt in Charkow, hat 17 Fälle von Geistesstörung nach Kohlensäurevergiftung zusammengestellt, während Fälle

von Nervenleiden, wie Lähmung, Krämpfe, sehr häufig beschrieben sind. Die Literatur bringt er anscheinend vollständig bei. Die Erkrankungen theilt er in 2 Klassen. Bald tritt die Störung gleich nach der Intoxikation auf, wofür die Literatur nur wenige Fälle enthält. Es handelt sich dabei meist immer um eine rasch vorübergehende manische Erregung. Verf. glaubt wohl mit Recht, dass diese erste Art der Erkrankung häufiger ist, als die Literatur erkennen lässt, sehr viele derartige Fälle werden nicht in ärztliche Behandlung kommen, wenigstens nicht die Anstalten aufsuchen. Diese Art der Psychose verläuft gutartig. Anders ist es mit der zweiten Klasse. Hier tritt die Erkrankung erst einige Zeit nach der Intoxikation auf, erst nach 2—3 Tagen, resp. innerhalb der nächsten 15 Tage nach der Vergiftung. Für diese Art giebt die Literatur viele Beispiele. Es handelt sich dabei meist um grosse geistige Schwäche mit Amnesie. Die Prognose ist ungünstig. Es folgen dann 3 eigene Beobachtungen des Verf., ein Stupor mit tödtlichem Ausgang, eine leichte Melancholie und eine Paralyse. Die beiden letzten Fälle gingen in Besserung über.

Umpfenbach.

Robertson, W. Ford., The rôle of toxic action in the Pathogenesis of insanity. British Medical Journal, Okt. 26.

Verf. betont die grosse Bedeutung, die die toxischeu Prozesse in der Pathogenese der Geisteskrankheiten haben. Abgesehen von den Erkrankungen, die auf angeborenen Defekten oder auf direkte, vorzugsweise durch ein Trauma bedingte Verletzungen zurückgeführt werden können, oder bei denen es sich um eine Ernährungsstörung der Nervenzellen oder schliesslich Einwirkung psychischer Momente handelt, sind seiner Ansicht nach sämmtliche Geistesstörungen auf toxische Einflüsse zurückzuführeu. Auch bei den durch psychische Momente bedingten Seelenstörungen bilden sie vielfach die eigentliche Grundlage. Bei der Prädisposition für Geisteskrankheiten handelt es sich in dem grössten Theil der Fälle um individuelle Unterschiede iu der Widerstandsfähigkeit der Nervenzellen den verschiedenen toxischen Prozessen gegenüber.

Die Wirkung der Toxine auf die nervösen Elemente kann eine direkte oder indirekte sein. Direkt wirken sie bei Vergiftungen mit Alkohol, Arsen, Bleisalzen, weiter bei allen Formen der akuten Geistesstörung mit Einschluss der maniakalischen Erregungszustände im Verlauf der Paralyse und der Epilepsie. Ihre indirekte Wirkung zeigt sich besonders bei Erkrankungen der Blutgefässe und der dadurch bedingten Ernährungsstörung der Nervenzellen, wie man sie vor Allem bei der senilen und paralytischen Seelenstörung findet.

Bei den toxischen Substanzen kann es sich einmal um Mittel handeln, die von aussen dem Körper zugeführt werden, wie Alkohol, Opium, Arsen und dergl. Sie können direkt die Nervenzellen schädigen aber auch so,

dass sie primär eine Erkrankung des Magendarmkanals veranlassen, der seinerseits wieder schädigend auf die nervösen Elemente einwirkt. Auch die Bedeutung derartiger Intoxikationen, besonders des Alkohols, für die Entstehung bereits intrauterin erworbener Krankheiten wird hier betont. Weiter gehören zu den toxisch wirkenden Krankheiten die vielfachen infectiösen Prozesse, wie Syphilis, Influenza, Tuberkulose, und schliesslich sind hierher die Autointoxikationen und Autoinfektionen zu rechnen. Hier wird besonders auf die Bedeutung der von Erkrankungen des Magendarmkanals herrührenden Autointoxikationen hingewiesen.

Verf. betont zum Schluss noch einmal, dass nach seiner Ansicht der grösste Theil der Geistesstörungen nicht auf einer primären Erkrankung des Gehirns beruht, dass es sich vielmehr um die schädliche Wirkung toxischer Produkte handelt, die an einer andern Stelle des Körpers gebildet wurden. *Behr.*

Berkley, Henry J., The Pathology of chronic Alcoholism. American Journal of Insanity, Jan., Vol. LVII, No. 3.

Verf. beschreibt einen Fall von chronischem Alkoholismus, verbunden mit lebhaften Wahnideen und Sinnestäuschungen, der in Folge eines linksseitigen Hämatoms der Dura tödtlich endete. Bezüglich des mikroskopischen Befundes, der wenig Bemerkenswerthes ergab, muss auf das Original verwiesen werden. *Behr.*

---

10. Idiotie und Cretinismus.

Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Czerny, Kinder neuropathischer Eltern. Deutsche Aerzte-Zeitung Heft 10.

Verf. macht auf die vielfachen Missgriffe aufmerksam, die neuropathische Eltern in der Erziehung ihrer Kinder begehen. Im Wesentlichen besteht das Unzweckmässige darin, dass an den Kindern zu viel erzogen und behandelt wird. Verf. erwähnt speziell drei Punkte: 1. die sog. Abhärtungsprozeduren, 2. die kräftige Kost (d. h. wohl eine planlose, unwissenschaftliche Mästung), 3. die medikamentöse Behandlung, die oft ganz unnöthig mit allen möglichen Präparaten gegen das sogenannte „schlechte Aussehen" der Kinder zu Felde zieht. Man muss dem Verf. völlig recht geben, wenn er sagt: „Solche Behandlungen haben ebenso wie die Abhärtungsprozeduren

und diätetischen Massnahmen den Nachtheil, dass den Kindern ein Krankheitsbewusstsein beigebracht und in Erinnerung gebracht wird." Ganz richtig ist ferner, dass aus diesen Kreisen namentlich das Gezeter über die „Ueberbürdung" der Kinder in der Schule stammt.

Die Regeln, die für die neuropathischen Eltern aufgestellt werden, sind überaus beherzigenswerth und es wäre zu wünschen, dass Verf. seine Ansichten in erweiterter Form einem auch nicht ärztlichen Leserkreis zugängig machte. Das eine oder andere neuropathische Elternpaar würde doch von den allergrössten Thorheiten in der Erziehung abgebracht.

Pieper, Consanguinität in der Ehe und deren Folgen für die Descendenz.

Siehe diese Zeitschrift S. 798.

Demoor, Die anormalen Kinder und ihre erziehliche Behandlung in Haus und Schule. Internationale ärztliche Bibliothek herausg. von Chr. Ufer. Altenburg. 1901.

Das Buch ist hervorgegangen aus Vorträgen, die für ein nicht rein ärztliches Publikum bestimmt waren. Es werden in einer Weise, die auch dem gebildeten Laien verständlich ist, die physiologischen und pathologischen Verhältnisse vorgeführt, die bei der Erziehung in Betracht kommen.

Eingehend werden die „Kennzeichen des normalen Kindes" behandelt, und die Hauptformen anormaler Entwicklung nach körperlicher und geistiger Richtung.

Den verschiedenen Formen der Idiotie ist ein besonderes Kapitel gewidmet.

Die zweite Hälfte des Buches behandelt die Erziehung und die Unterrichtsmethode bei anormalen und „pädagogisch zurückgebliebenen" Kindern. Insbesondere wird auch der Unterricht in der Sprache und die Organisation der Hilfsschulen erörtert.

Das Buch liest sich sehr angenehm und gegen die darin ausgesprochenen Ansichten lässt sich wenig einwenden.

Ob es zweckmässig und nützlich sei, ganz speziell medizinische Fragen, z. B. über Myxödem, adenoide Vegetationen und Ähnliches populär zu behandeln und so bei Laien die Vorstellung zu erregen, dass sie von diesen Dingen jetzt wirklich etwas verstünden, darüber kann man verschiedener Ansicht sein.

Eine Bemerkung noch kann sich Referent nicht versagen: Statt „erziehliche Behandlung in Haus und Schule" würde Erziehung in Haus und Schule dasselbe und in angenehmerer Weise ausdrücken. Von einem „vorgeburtlichen Leben des Kindes" zu reden ist greulich!

Kalischer, Ueber die Fürsorge für schwachbegabte Kinder.

Siehe diese Zeitschrift Bd. 58, S. 743.

Lentz, Schwachsinnigen- und Idioten-Unterricht. Société de Médecine mentale de Belgique, 20. April 1900. Neurolog. Centralblatt S. 186.

Lentz polemisirt gegen den ausgedehnten Schulunterricht in Idioten-Anstalten, der Hauptnachdruck müsse auf die gewerbliche Unterweisung gelegt werden.

Imbecille und Idioten leichteren Grades müssen in der Familie und in der Oeffentlichkeit bleiben, „wo ihre Sinne mehr angeregt würden als in der Anstalt mit ihrer entmuthigenden, niederdrückenden Einförmigkeit". (Ref. weiss nicht, wo L. seine Erfahrungen über Anstaltserziehung bei Idioten gemacht hat; ich kann den von L. geäusserten Ansichten nicht zustimmen. Ohne Schulunterricht, der natürlich für den speziellen Zweck geregelt sein muss, kommt man bei Schwachsinnigen nicht durch. Er ist die Voraussetzung auch für erspriesslichen gewerblichen Unterricht, genau wie beim Gesunden. Würde man in der Idiotenausbildung auf den Schulunterricht als das Wesentliche verzichten, so würde das einen ungeheuern Rückschritt bedeuten.)

Nikitin, Zur Frage über die Verpflegung von Idioten und Epileptikern. Gesellschaft der Neurologen und Irrenärzte zu Moskau, 17. März 1900. Neurolog. Centralblatt 1901.

Aus seinem Studium der medizinisch-pädagogischen Anstalten im westlichen Europa zieht N. das etwas auffallende Ergebniss, dass noch nichts Sonderliches in dieser Richtung geleistet worden sei.

Mittheilung über die bisher in Russland für Idioten und Epileptische getroffene Fürsorge, die allerdings sehr bescheiden ist.

Sinell, Geistig zurückgebliebene Kinder und ihre Behandlung. Aerztl. Verein zu Hamburg. Neurolog. Centralblatt S. 773.

S. unterscheidet bei den schwachsinnigen Kindern aus praktischen Gründen 1. Idioten und 2. geistig Zurückgebliebene.

Die Idiotie in Grade zu theilen hält er für zwecklos, es genüge die Scheidung in idiotisch Blödsinnige und bildungsfähige Idioten.

Die Behandlung der geistig Zurückgebliebenen und der bildungsfähigen Idioten geschehe am besten in der Familie, „wenn genügende Ueberwachung, körperliche Pflege, ruhige und konsequente Behandlung und in jeder Beziehung gutes Vorbild garantirt sind".

S. giebt dann die allgemeinen Grundsätze an, nach denen die Kinder ausgebildet werden sollen. In der Diskussion bemerkt *Buchholz*, dass bei allen schweren Formen und bei vielen der leichteren eine geeignete Anstaltsbehandlung günstigere Resultate liefere als die Familienpflege. (Ref. möchte *Buchholz* Recht geben. Die Bedingungen, die S. als nothwendig für eine geeignete Familienpflege voraussetzt, finden sich thatsächlich selten. Dabei ist noch der äusserst ungünstige Einfluss schwachsinniger Kinder auf die gesunden Geschwister zu berücksichtigen.)

Des Weiteren berichtet *Marr* über die Hilfschulen und ihre günstigen Resultate.

Wehrhahn und *Henze*, Bericht über den III. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands zu Augsburg am 10., 11. und 12. April 1901.

Ehrig-Leipzig spricht über ein neues für Hilfschulen bestimmtes Lesebuch; *Basedow*-Hannover über den Handfertigkeitsunterricht für Knaben in der Hilfsschule mit bemerkenswerthen, praktischen Angaben über die planmässige Entwicklung dieses Unterrichtes in den verschiedenen Stufen. *Hanke*-Görlitz erörtert „Die Bedeutung der Hilfsschule in pädagogischer und volkswirthschaftlicher Hinsicht“. *F. W. Müller*-Augsburg giebt eine recht gute und klare Uebersicht über die Pathologie des Schwachsinns. Den Schluss bildet die Besprechung der wichtigsten Punkte in der Organisation der Hilfschulen (weshalb beständig Hilfsschulen geschrieben wird, ist dem Ref. nicht klar).

Der Verlauf der Versammlung zeigt, welch weitgehendes Interesse den Bestrebungen der Hilfsschulen entgegengebracht wird. Ref. kann sich aber des Eindrucks nicht erwehren, dass ein Zusammengehen der Konferenz für Idiotenpflege und des Hilfsschulenverbandes im wissenschaftlichen und praktischen Interesse beider Organisationen stünde!

Auer, *Graf*, *Kölle*, Verhandlungen der III. Schweizer Conferenz für das Idiotenwesen in Burgdorf am 10. und 11. Juni 1901. Buchdruckerei Schwanden 1901.

Auer giebt einen Ueberblick über die Geschichte der Idiotenfürsorge in der Schweiz: der finanzielle und moralische Bankrott der Unternehmungen des Dr. Guggenbühl hat für Jahre hinaus hemmend auf die ganze Bewegung eingewirkt und in dem ganzen Zeitraum von 1850—1880 wurden nur einige kleinere Anstalten gegründet.

In ein frischeres Fahrwasser kam die Sache erst durch die I. Schweizerische Konferenz für das Idiotenwesen, die durch Pfarrer Ritter und den Direktor Kölle am 4. Juni 1889 ins Leben gerufen wurde. Ihrer Anregung

hat man unter Anderem das schöne Werk zu verdanken: die eidgenössische Statistik der schwachsinnigen, gebrechlichen und verwahrlosten Kinder.

Diese Statistik hat sich, abgesehen von ihrem unmittelbaren Werth, als ein sehr gutes Mittel gezeigt, das Interesse für die Idiotenfrage in weiteren Kreisen wachzurufen und zu erhalten. Einige neue Anstalten und zahlreiche Hilfsklassen für Schwachbegabte wurden in den letzten Jahren ins Leben gerufen.

Dr. *Gonguillet* aus Burgdorf spricht über die eidgenössische Statistik der ins schulpflichtige Alter gelangten Kinder mit Bezug auf die geistig Zurückgebliebenen. Von allgemeinem Interesse dabei sind die grossen Unterschiede, die die einzelnen Kantone in der Zahl der Schwachsinnigen bieten, Unterschiede, die bis ins Zehnfache gehen. Sie hängen im Wesentlichen ab von dem Vorkommen oder Fehlen des Cretinismus.

Kölle-Regensberg spricht über die Erziehung schwachsinniger Kinder zum Broterwerb in den Hilfsklassen. K., der auf eine langjährige Erfahrung zurücksieht, giebt eine gute Beschreibung und Umgrenzung des Wesens des Schwachsinns als einer unheilbaren Entwicklungshemmung und macht in ebenso wichtiger als nüchterner Weise auf die Grenzen aufmerksam, die der Ausbildung der Schwachsinnigen gesteckt sind. (Es ist gut, wenn auf diese ziemlich engen Grenzen ab und zu aufmerksam gemacht wird. Gerade bei solchen Versammlungen werden sonst gerne zu optimistische Auffassungen laut.) Der Korreferent *Heimgartner* nimmt denselben Standpunkt ein, er empfiehlt unter Anderm die Anlage eines Schulgartens.

Altherr empfiehlt als dringendes Bedürfniss die Errichtung von Nachhilfeklassen für Schwachbegabte in solchen Gemeinden, die zu klein und zu unbemittelt sind, um eigentliche Hilfsklassen zu errichten.

Erhardt von St. Gallen spricht über die Nothwendigkeit, für schwachsinnige Taubstumme besondere Sorge zu tragen. Die Konferenz giebt wieder einen erfreulichen Beweis dafür, dass die Fürsorge für die Idioten in der Schweiz in gutem Fortschreiten begriffen ist.

Liebmann, *A.*, Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie von Schiller und Ziehen, Bd. IV, H. 3. Berlin.

L. unterscheidet sekundäre und primäre Sprachstörungen. Die sekundären Sprachstörungen sind der Ausdruck der geistigen Inferiorität des Kindes. Der höchste Grad dieser sekundären Sprachstörung, die Stummheit, kommt sowohl bei der erregten, als bei der stumpfen Form des Blödsinns vor.

In solchen Fällen muss dem Sprachunterricht der Versuch vorausgehen, die intellektuellen Fähigkeiten überhaupt zu wecken. Interesse für die

Dinge und Vorgänge der Umgebung einzupflanzen und das Kind so weit zu fördern, dass es den Versuch macht, zu sprechen.

An einzelnen Beispielen wird eingehend die Unterrichtsmethode erläutert. Als zweite Form sekundärer Sprachstörung führt L. das Stammeln, als dritte Form das Stottern und Poltern an. Das Poltern beruht nach L. auf einer Disharmonie der äusseren und inneren Sprache. Diese Disharmonie kann in zwei Formen auftreten. Bei der ersten Form besteht zwar eine gute rhetorische Anlage, aber die Patienten sind zu lebhaft; ihre Gedanken jagen sich; die ungeschickte Zunge ist dem Anprall von Worten nicht gewachsen.

Bei der zweiten Form handelt es sich um geistig zurückgebliebene Kinder, die lange brauchen, bis sie sich den Ausdruck ihrer Gedanken in Flexion und Satzbau zurechtgelegt haben. Wenn dies dann gelungen ist, kommt es zu stürmischem, sich überstürzendem Sprechen.

Als primäre Sprachstörungen bezeichnet L. das Stammeln, das theils durch Lähmungen des Gaumensegels, u. A. organisch begründet, theils funktioneller Art ist. Nach L. kann dieses Stammeln die Ursache einer mangelhaften geistigen Entwicklung sein und „Defekte in der optischen und und taktilen Sphäre zurücklassen".

Am schwersten wird die Intelligenz geschädigt durch Schwerhörigkeit. Die einzelnen Arten dieser Störungen und ihre Behandlung werden in instruktiver Weise durch einzelne Beispiele illustrirt.

Weygandt, Demonstration eines Falles von tiefstehender Idiotie. Physic. medic. Gesellschaft in Würzburg 18. Juli 1901. Deutsche med. Wochenschr. 1901, S. 52.

Fall von tiefstehendem Blödsiun mit Aphasie. Niedrige Stirne. Reste des Milchgebisses. Skoliose der Wirbelsäule. Wachsthumshemmung und Verbiegung im Bereich der Oberschenkel und des Unterschenkels (uterine Fraktur).

Kellner, Ueber die Kopfmaasse der Idioten.

Siehe diese Zeitschrift Bd. 58, S. 61.

Sklarek, Körperlänge und Körpergewicht bei idiotischen Kindern.

Siehe diese Zeitschrift Bd. 58, S. 1112.

Bernhardt, Zur Classification der Idiotie und der Psychoneurosen.

Siehe diese Zeitschrift Bd. 58, S. 675.

König, Ueber die bei den cerebralen Kinderlähmungen zu beobachtenden Wachsthumsstörungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. XIX, S. 62.

Auf Grund von 27 Fällen cerebraler Kinderlähmung eigener Beobachtung bespricht K. die verschiedenen Formen und Grade von Wachsthumshemmung (Hypoplasie), die bei der Kinderlähmung auftreten.

Von den 27 Fällen waren 14 Knaben und 13 Mädchen. Das Alter betrug 8—14 Jahre. Die Lähmungen zeigten rein hemiplegische Formen 10mal, Uebergangsformen zur Diplegie mit hemiplegischem Charakter 13mal, Diplegie 3mal und Paraspasmus 1mal.

Von den Ergebnissen der Untersuchungen führen wir an: Die Hyperplasie ist um so erheblicher, je früher die Krankheit eingesetzt hat, ohne jedoch nothwendiger Weise von dem Zeitpunkt des Beginns oder der Dauer der Erkrankung abhängig zu sein. Die Wachsthumshemmung ist selten gleichmässig. Lähmung und Contraktur können bei der Wachsthumshemmung fehlen. Die Hyperplasie ist als ein selbständiger Ausdruck der Gehirnläsion anzusehen. Im Bereich der Lähmung zeigten die von K. untersuchten Muskeln keine Entartungsreaktion, sondern nur eine leichte Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

Von isolirten Hyperplasien beobachtete K. einmal Atrophie an einer Wade, einmal am velum palatinum. Ausserdem kam einmal linksseitiger Buphthalmus bei rechtsseitiger Lähmung zur Beobachtung.

Pathologisch-anatomisch stellt K. fest: Hypoplasie kann vorhanden sein bei mikroskopisch intaktem Rückenmark und makroskopisch intaktem Gehirn.

Hyperplasie kann fehlen bei Erkrankung der ganzen hinteren Centralwindung. Einer Hemihypoplasie des Körpers kann eine Verkleinerung der gegenüberliegenden Hemisphäre entsprechen, diese braucht aber nicht nothwendig zu einer gekreuzten Hemihypoplasie zu führen.

Die mikroskopische Untersuchung hat bis jetzt für die Ursache und Mannigfaltigkeit der einfachen Hyperplasien eine Erklärung nicht gegeben.

König, Beiträge zur Klinik der cerebralen Kinderlähmungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 20, S. 455.

Verf. bespricht in Ergänzung seiner früheren Arbeiten eine Besprechung einiger klinischer Erscheinungen der cerebralen Kinderlähmung.

1. Sensibilitätsstörungen. In 37 % der Fälle war eine Herabsetzung der Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit vorhanden, in 1 Fall war die Schmerzempfindung ganz aufgehoben, in 4 Fällen lebhaft gesteigert.

2. Reizerscheinungen und Coordinationsstörungen in Form athetotischer und choreatischer Bewegungen. (Verf. versteht unter athetotischer ganz langsame, wie eine träge Zuckung verlaufende Spontan-

bewegungen.) Ferner wurden beobachtet myklonische Zuckungen. Von Tremorarten ist typischer Intensionstremor sehr selten. Meist handelt es sich um eine Mischform von Ataxie und Intensionstremor.

3. Ferner wurden das Verhalten der Sehnenreflexe, Muskeltonus und die Störungen des Ganges beschrieben, die Stellung des gelähmten Armes und der Finger. Den Schluss bilden Beobachtungen über die Wirkung von Pilocarpininjektionen, die auch in hemiplegischen Fällen ein halbseitiges Schwitzen hervorrief, einen Fall von Senkrechtschreiben und Beobachtungen über abnormes Verhalten der emotionellen Bewegungen.

Kotschetkowa, *L.*, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Mikrogyrie und die Mikrocephalie. Archiv f. Psychiatrie Bd. 34, S. 39.

Ergebniss einer genauen Beschreibung der unter *Monakow*'s Leitung ausgeführten anatomischen Untersuchung zweier Idiotengehirne:

1. Fall hochgradiger Idiotie mit linksseitiger unvollständiger spastischer Lähmung.

Die Sektion ergab hochgradige Mikrogyrie der r. Hemisphäre mit Atrophie und Mikrogyrie der gekreuzten Kleinhirnhälfte.

In den Windungen, die am stärksten verändert sind, zeigt sich eine ausgedehnte Gliawucherung, die in Rinde und Marklager die nervösen Elemente zum Schwinden bringt und so das Schwinden der Windungen hervorruft. Die Ausbreitung der Mikrogyrie deckt sich zo ziemlich mit bestimmten Arterienbezirken.

Die kleinen Cysten, die sich in den am meisten betroffenen Partien finden, führt K. auf Thrombenbildung kleiner und kleinster Arterien zurück.

In den weniger stark betroffenen Rindengebieten tragen die histologischen Veränderungen mehr den Charakter sekundärer Degeneration.

Die Veränderungen im Thalamus und im Kleinhirn lassen sich nicht allein durch sekundäre Entartung erklären, es muss angenommen werden, dass daneben auch primär derselbe Prozess wie im Grosshirn eingewirkt habe.

Bei dem Fehlen grober Missstaltungen des Gehirns glaubt *K.* annehmen zu müssen, dass die krankhaften Veränderungen nicht vor dem 8. Fötalmonat eingesetzt haben.

Das 2. von *K.* untersuchte Gehirn stammt von einem $6^1/_4$jährigen, blödsinnigen, mikrokephalen Mädchen, das wiederholt an epileptischen Anfällen gelitten hatte. R. Arm und Beine spastisch gelähmt. Eine Craniectomie im 4. Lebensjahr hatte die nützliche Wirkung, die spastische Lähmung in eine schlaffe zu verwandeln.

Kleines Gehirn 630,0. L. Hemisphäre kleiner als die r. Unvollständige Porencephalie im hinteren Abschnitt der 2. Frontalwindung. Die Wand des trichterförmigen Defektes wird von mikrogyrischen Windungen

gebildet. In den Markmassen der mikrogyrischen Partien finden sich heterologische Tafeln grauer Substanz, in deren Umgebung theils eine unvollkommene, theils eine ganz atypische Entwicklung der Markmasse sich zeigte.

K. nimmt zwischen der Mikrogyrie und der Heterotopie der grauen Substanz einen Zusammenhang an. Sie fasst die heterologischen Tafeln auf als Bildungsmaterial, das aus irgend welchen pathologischen Ursachen für die weitere Entwicklung der Rinde verloren gegangen ist.

K. unterscheidet zwei ihrem Wesen nach verschiedene Arten von Mikrogyrie. Die eine beruht im Wesentlichen auf primärer encephalitischer Thrombenbildung, in deren Umgebung sich eine intensive Entzündung entwickelt. Dieser primäre Herd wirkt durch sekundäre Veränderungen auf weiter entlegene Theile des Gehirns ein und erzeugt in ihnen Mikrogyrie. Diese Art von Mikrogyrie, die sich im Anschluss an einen Entzündungsherd entwickelt, wäre zurückzuführen:

1. Auf Schrumpfung der Windungen, direkt im Anschluss an den encephalitischen Gewebszerfall.

2. Sekundäre Degeneration der weissen und grauen Substanz in der näheren und weiteren Umgebung des primären Herdes.

3. Wachsthumshemmungen in verschiedenen Windungen.

Dieser Mikrogyrie, die sich an die Bildung eines encephalitischen Herdes anschliesst, ist entgegenzusetzen die echte Mikrogyrie, die wie die Makrogyrie, die manchmal mit ihr zusammen vorkommt, auf einer primären abnormen Entwicklung beruht. Charakteristisch für diese Fälle ist das Vorkommen heterologischer grauer Inseln in der Markmasse, die *K.* als ein nicht differenzirtes, zum Aufbau der Windungen nicht verwandtes Material ansieht.

Wachsmuth, Cerebrale Kinderlähmung und Idiotie. Archiv f. Psych. S. 787.

Nach einer literarischen Uebersicht giebt *W.* das Ergebniss seiner eigenen Untersuchungen, die er an Idioten mit cerebraler Lähmung im Landeshospital Merxhausen angestellt hat. Im Ganzen sind in der dortigen Anstalt 185 Idioten. Mit cerebraler Lähmung sind 22, also 11,89 % behaftet. Dabei sind nur die zweifellosen Fälle gezählt.

Der Heredität schreibt *W.* mit Recht eine grosse Rolle in der Aetiologie der cerebralen Lähmung zu. Lues der Eltern konnte in keinem Fall nachgewiesen werden.

Die Wahrnehmung *Bourneville*'s, dass die Epilepsie bei cerebraler Kinderlähmung im Alter von 40—50 Jahren erlösche, bestätigt *W.* Vor dem kritischen Abfall in der Häufigkeit der Anfälle ist eine Zunahme derselben zu beobachten. Nach der Ansicht des Verf. unterscheidet sich die Epilepsie bei cerebraler Lähmung durch nichts von der genuinen Epilepsie.

(Ref. möchte hier doch der Ansicht *Wuillamier*'s und *Bourneville*'s beitreten, dass sich die Epilepsie bei cerebraler Lähmung häufig doch etwas anders verhalte, als die echte Epilepsie. Auch Ref. konnte das plötzliche Aufhören des Anfalls, den schnellen Wiedereintritt des Bewusstseins, das Fehlen schwerer psychischer Störungen im Anschluss an den Anfall feststellen; sehr selten sind nach Ansicht des Ref. auch jede Art psychischer Aequivalente. Lange Zeit lässt sich auch noch der halbseitige Charakter der Anfälle beobachten, der sich allerdings mit der Zeit verwischt. Die epileptischen Anfälle bei cerebraler Lähmung nehmen in vieler Hinsicht eine Zwischenstellung zwischen der cortikalen und der echten Epilepsie ein.)

Sicher hat W. mit der Ansicht recht, dass die cerebrale Lähmung eine ganz bedeutende Rolle in der Aetiologie des Schwachsinns spiele.

Higier, Warschau, Weiteres zur Klinik der Tay-Sachs'schen familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie. Neurolog. Centralblatt S. 843.

Beschreibt 3 weitere Fälle amaurotischer Idiotie.

In pathologisch anatomischer Hinsicht betont *H.*, dass es sich um einen degenerativen, nicht entzündlichen Prozess handle.

Auch *H.*, wie andere Autoren, hat die Erfahrung gemacht, dass es hauptsächlich Kinder jüdischer Abstammung sind, bei denen sich die Krankheit findet.

Frey, *E.*, Pathohistologische Untersuchung des Centralnervensystems in einem Fall von Sachs'scher familiärer amaurotischer Idiotie. Neurol. Centralblatt S. 836.

Es handelt sich um folgenden Fall:

1½ jähriger Knabe, idiotischer Habitus, sprachlos, unfähig zu gehen. Pupillen mittelweit, träge Reaktion. An Stelle der macula lutea weisser Fleck in 1½ Papillengrösse, in deren Mitte ein weichselrother Fleck sich befindet. Papillen etwas blass, Gefässe eng. Schlucken erschwert und profuse Salivation. Hyperacusis. Spasmus in den Gliedern. Steigerung der Reflexe. Tod in eklamptischen Anfällen.

Sektion: Fast knorpelartige Verhärtung der frontalen und parietalen Rinde, fast des ganzen Kleinhirns und des centrum semiovale in der Nähe des Balkens.

Der Befund ist im Wesentlichen: Degeneration der Seitenstränge (seitliche Pyramiden, Gowers'sche Stränge, seitliche Grenzschichten). Im Bereich des Halsmarkes fehlt das Netz an den Vorderhörnern fast völlig. Pyramiden der Oblongata marklos. Medialer Theil des Thalamus, der die centrifugalen Fasern aufnimmt, fast marklos, ebenso die innere und äussere

Kapsel. Tractusfasern degenerirt. In der Rinde erheblicher Markmangel. Die supraradiären Fasern spärlich, die tangentialen fehlen ganz.

Schwere Missbildung der grossen Pyramidenzellen. Furchen und Windungen zeigen normale Ausbildung.

F. fasst bei dem Fehlen makroskopischer Veränderungen die Krankheit nicht als angeborenen Entwicklungsfehler auf, sondern als die Folgen eines extrauterin entstandenen Entartungsprozesses.

König, Fall von myxödematöser Idiotie mit Muskelstarre. Berl. Gesellschaft f. Psych. u. Nervenkrankheiten 9. Nov. 1900. Berl. klin. Wochenschr. S. 729.

Das 10jährige Mädchen zeigt Zwergwuchs, cretinartige Gesichtsbildung, Pseudolipoma in der Supraclaviculargegend, Thyreoidea nicht zu fühlen. Daneben starke Entwicklung einzelner Muskelgruppen an Oberschenkeln, Waden, Vorderarmen. Brettharte Kontraktion bei Bewegungen, normales elektrisches Verhalten. Keine Myoton-Reaktion. Auf Thyreoidin-Behandlung Besserung auch der Muskelstarre. Bei der Röntgendurchleuchtung der Hand zeigen sich nirgends Epiphysenkerne.

D'Ormea, *Antonio*, Un Idiota Microcefalo. Bologna 1901. Stabilimato tipografico Lamorani e Allatazzi.

Genaue klinische Beschreibung eines 5jährigen mikrokephalen Idioten (Horizontalumfang des Schädels 40 cm). Der Knabe ist aphasisch und völlig blödsinnig.

Motorische Störungen fehlen (wie gewöhnlich bei eigentlichen Mikrokephalen. Ref.).

Verf. glaubt die Ursache der Mikrokephalie in einer Krankheit der Mutter während der Gravidität zu sehen; er sieht in dem Knaben eine „typische Form psychischer Cerebroplegie, ... die in diesem Fall verknüpft ist mit einem hohen Grad von Mikrokephalie in Folge frühzeitiger Nahtverknöcherung“. (Mikrokephalie ist allerdings stets eine höchst fatale Komplikation! Ref.)

Mondio, Ueber Idiotismus und Morb. Little. Gazetta degli osped. No. 22. Ref. in der Münch. med. Wochenschr. S. 760.

M. sieht die Ursache der Little'schen Krankheit nicht in den verschiedenen Schädlichkeiten, denen der Kopf des Kindes während und gleich nach der Geburt ausgesetzt ist, sondern wesentlich in einem krankhaften Gehirnzustand der Mutter, besonders während der Schwangerschaft.

Tambroni, Ruggiero, Un caso interessante di Microcefalia. Riv. di Fren. XXVII, S. 282.

Der Fall betrifft eine 45jährige erblich belastete, von Jugend auf schwachsinnige Frau, deren 30 Jahre alte imbezille Schwester sich gleichfalls in der Irrenanstalt zu Ferrara befindet. Auffallend ist der Kontrast zwischen dem robusten, auch sonst gut entwickelten Körper (Länge 1 m 56 cm, Gewicht 58 kg) und dem kleinen Kopf (Umfang 42 cm, Stirnhöhe 38 mm, Gesichtswinkel 61 mm).

Die Funktionen der vegetativen und Sinnesorgane sind normal, auch die Sprache nahezu; in den Bewegungen etwas Affenartiges.

Das Ungewöhnliche an dem Fall ist die verhältnissmässig geringe Beeinträchtigung von Leib und Seele, ähnlich den Fällen, die *Giacomini* als reine Mikrokephalie bezeichnet. *Fraenkel.*

Ceni, Carlo, Un caso di Microcefalia. Riv. di Fren. XXVII, S. 283.

Bei einer mikrokephalen 30 Jahre alten Idiotin mass der Schädelumfang 42 cm, der Gesichtsindex 53,83 cm, das Hirn wog 700 gr; die Atrophie betraf die hinteren Hirnlappen, während die Stirn- und Rolandischen Windungen fast normal waren. *Fraenkel.*

Bourneville et Oberthur, Idiotie mikrocéphalique: cerveau pseudocystique. Archives de neurologie, Avril.

Bei einem 2jährigen Kinde waren die beiden Grosshirnhemisphären grossentheils durch zwei mit Flüssigkeit gefüllte Säcke ersetzt. Der Rest des Gehirns wog noch 165 gr, der Umfang des Schädels betrug 42 cm.

Tamburini, Le mouvement italien moderne en paveur du traitement et de l'éducation des anormaux de l'intelligence. Traduit par le Docteur Ley. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Mars, No. 100.

Geschichtlicher Ueberblick über die den Idioten und Schwachsinnigen in Italien bisher zu Theil gewordene Fürsorge. Darlegung des Programms der zu diesem Zweck 1898 in Rom gegründeten ligue nationale und Beschreibung der bereits bestehenden oder demnächst zu eröffnenden öffentlichen und privaten Institute, ihrer Einrichtung sowie ihrer besonderen Bestimmung.

Maere, Education à donner aux enfants idiots et arriérés. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Décembre. No. 99.

Kurzes Referat über die bei der Behandlung und Erziehung von Idioten und Schwachsinnigen in Betracht kommenden ärztlichen und pädagogischen Gesichtspunkte.

---

11. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf.

Mayet, *Lucien*, Études sur les statistiques de l'alcoolisme. Arch. générales de médecine, Août, Novembre, Décembre.

Verf. hat seine Arbeit mit vielen Karten (von Frankreich), Diagrammen und Tabellen ausgestattet. Er behandelt sein Thema in drei Kapiteln in je einer Nummer des Archivs. Das erste Kapitel heisst: Les statistiques rélativs à la production et à la consommation des boissons alcooliques en France.

Verf. führt, als in den alkoholischen Getränken enthalten, 7 Alkoholarten mit ihren chemischen Formeln an. Von diesen hat der Methyl-Alkohol seinen Siedepunkt bei 66°, der Aethyl-Alkohol bei 78,4°, der normale Amyl-Alkohol bei 137°.

Er unterscheidet vorübergehende alkoholische Excesse mit Trunkenheit, welche bei geringer Frequenz, der Natur der genossenen Getränke, Abwesenheit der Prädisposition, mit einer fast guten Gesundheit verträglich sind.

Der nächst höhere Grad wird als Alkoholisation bezeichnet, zahlreiche Excesse ohne dauernde Nachtheile. Unter Mitwirkung vielfacher Ursachen trete der Alkoholismus ein nach permanenten Excessen akuter, oder von Anfang an chronischer Intoxikation. Dies sei der erworbene Alkoholismus. Die Folgen für die Nachkommenschaft stelle den erblichen Alkoholismus dar. Durch grössere Verbreitung des erworbenen und erblichen Alkoholismus entstehe der sociale Alkoholismus.

Nach der Art der Getränke ist zu unterscheiden Oenilismus, Intoxikation durch Wein; eigentlicher Alkoholismus, durch Branntwein, Liqueure etc. — Absynthismus, durch den Liqueur von Absynth und ähnliche Aperutive. (Ueber die Bedeutung dieses Wortes siehe später.)

Produktion und Verbrauch der Alkoholica (im engeren Sinne, d. h. destillirter Getränke). Beide stehen in enger Beziehung, haben denselben fortschreitenden Gang und können (durch die Steuer) ziemlich genau bestimmt werden, nur müsse man beim Verbrauch etwas mehr als ein Drittel und bei der Produktion etwas weniger als ein Drittel zugeben, aus später anzuführenden Gründen.

An alkoholischen Getränken (im engeren Sinne), berechnet (wie überall im Nachfolgenden) auf 100° reinem Alkohol, wurden in Frankreich auf den Kopf der Bevölkerung konsumirt im Jahre 1830: 1,12 Liter. Dieser Satz stieg allmählich auf 4,59 Liter im Jahre 1899. Diese Zunahme ist besonders seit 25 Jahren bemerkbar. 1850 betrug die Ziffer 1,44 Liter, 1875: 2,82 Liter. Die Gesammtproduktion betrug 1840—1850 im Mittel 891500 Hektoliter, 1870—1875: 1591068 Hektoliter, 1899: 2599558 Hektoliter.

Der Import des Alkohols ist wesentlich geringer als der Export, der Verbrauch in Frankreich etwas geringer als die Produktion.

Die Vermehrung des Alkohol-Verbrauchs in Frankreich hat eine besondere Bedeutung durch den Ersatz des Weinalkohols durch die Industrie-Alkohole. Wenn auch die Frage der letzteren, ihre Verunreinigung, ihre bessere Rektifikation viel an ihrer Bedeutung gegenwärtig verloren hat, so scheint doch nach dem Urtheil der Meisten der Industrie-Alkohol gefährlicher zu sein als der Weinalkohol, der jedoch auch bei Einführung grösserer Mengen das wesentliche Element der Vergiftung enthält.

Es folgt eine Tabelle über die einzelnen Arten von Branntweinen. Die Produktion wird im Folgenden in 1000 Hektolitern angegeben.

Branntwein aus mehlartigen Substanzen: 1840—1850: 36 Mille, 1876: 101 Mille, 1899: 715 Mille.

Branntwein aus Zuckersyrup: 1840—1850: 40 Mille, 1876: 710 Mille, 1899: 667 Mille.

Branntwein aus Runkelrüben: 1840—1850: 0,5 Mille, 1876: 248 Mille, 1899: 1047 Mille.

Branntwein aus Wein: 1876: 546 Mille, 1880: 27 Mille, 1894: 162 Mille, 1899: 77 Mille.

Cider: 1876: 22 Mille, 1899: 20 Mille. Die einzelnen Jahre verlaufen sehr unregelmässig.

Branntwein aus Trebern: 1840—1850: 815 Mille, 1876: 76 Mille, 1899: 69 Mille.

Gesammtsumme: 1840—1850: 891 Mille, 1876: 1709 Mille, 1899: 2560 Mille. Der Aufstieg findet von 1876 an allmählich unter nicht bedeutenden Schwankungen statt.

Im Handel enthalten die Branntweine 40—50 %, zuweilen 60 % reinen Alkohol. (In Deutschland rechnet man viel weniger. Ref.) Die Liqueure gehören zum grossen Theil in die Gruppe der destillirten Getränke. Es sind mit mehr oder weniger Alkohol versetzte Weine, oder Branntweine versetzt mit aromatischen Essenzen, verzuckert oder nicht. Zu den eigentlich sogenannten Liqueuren mit einem Alkoholgehalt von 20—60 % gehören, meist verzuckert: Chartreuse, Benediktiner, Kümmel, Curaçao, Anisette, Elixire und Crême. Zu den nicht verzuckerten Liqueuren gehören: Melisse etc. und besonders die Aperitive. Als solche bezeichnet Verf. Wermuth, Bittern, Absynth etc.

Der Wermuth ist eine Maceration von Absynth, Sternanis, Galanga, Gentiana, Schalen bitterer Orangen etc. in weissem Wein, mit Alkoholzusatz bis zum Gehalt von 14—22°.

Die Bitteren werden erhalten durch Infusion mit Branntwein von Aloë, Gentiana, Chinarinde, Calmus, Colombo. Gehalt 25—45°.

Die Absynthe sind nicht verzuckert und werden erhalten durch Destillation von Alkohol in Gegenwart aromatischer Pflanzen, Anis, Absynth, Fenchel, Coriander etc., oder einfacher und unendlich häufiger, indem man die Essenzen dieser Pflanzen mit Branntwein mehr oder weniger schlechter Qualität mischt. Man hat ordinäre und feinere Qualitäten. Gehalt 45 bis 80° reinen Alkohol. Gewisse Absynthe sollen bis zu $^3/_6$ mit Essenzen und färbenden Substanzen versetzt sein, wie Safran, Indigo, schwefelsaures Kupfer und selbst arseniksaures Kupfer.

Der Alkohol ist um so gefährlicher, wenn er nüchtern genossen wird, mehr konzentrirt, mehr unrein, mehr mit Essenzen versetzt ist. Die Aperitive realisiren ein Maximum dieser Bedingungen der Intoxikation. Im Jahre 1884 wurden von ihnen 81745 Hektoliter = 5 % des Gesammtverbrauchs verzehrt, im Jahre 1898 201669 Hektoliter = 14 % des Gesammtverbrauchs.

Geographische Verbreitung des Alkohol-Verbrauchs. Es sind hier alkoholische Getränke im engeren Sinne, destillirte Getränke, Branntwein, Liqueure gemeint. In einer Tabelle wird der Verbrauch jedes Departements von Frankreich für die drei Jahre 1873, 1885 und 1898 angegeben, in drei Karten sind die einzelnen Departements je nach dem Alkohol-Konsum verschieden schwarz abgetönt. Drei Grade werden unterschieden, der stärkste (schwarz) mit mehr als 5 Liter pro Kopf, der zweite mit $2^1/_2$—5 Liter, der schwächste mit unter $2^1/_2$ Liter. Die Zahlen bleiben unter dem wirklichen Verbrauch (s. später).

Für ganz Frankreich betrug der Verbrauch pro Kopf 1873: 2,84 Liter, 1898: 4,70 Liter.

Der hauptsächlichste Konsum findet statt in den Departements des Nordwestens, Nordens und Nordostens. Im Jahre 1873 betrug der Verbrauch pro Kopf in 21 Departements mehr als $2^1/_2$ Liter, in 11 Departements mehr als 5 Liter. — Im Jahre 1898 überschritten 47 Departements die Quote von $2^1/_2$ Liter, 21 Departements die von 5 Liter. 1898 ist auch ein Departement im Südosten, Bouche du Rhône, schwarz geworden. Diese Karte über die Verbreitung des Konsums der Alkoholika im engeren Sinne für das Jahr 1898 (S. 299) wird in den folgenden Abschnitten beim Vergleich der Verbreitung der pathologischen Erscheinungen vorzugsweise benutzt.

Die Zunahme des Alkohol-Verbrauchs hat sich in ganz Frankreich gezeigt. Im Jahre 1873 gab es 25 Departements mit einem Alkohol-Verbrauch unter 1 Liter, 1885: 4, 1898 nur 1 Departement (la Gers).

Verbrauch der gegohrenen Getränke. Wenn auch der Alkoholismus besonders dem Gebrauch der destillirten Getränke, der Alkohole im engeren Sinne, seine Entstehung verdankt, so verdienen die gegohrenen Getränke doch auch nicht den Namen hygienischer Getränke. Es sind: Wein, Bier, Cider, Birnwein, Meth etc. Ihr Gehalt an Alkohol überschreitet nicht 15—16 %.

In den Weinen überschreitet der mittlere Alkoholgehalt nicht 10 %. Diese Zahl wird den Berechnungen der Verwaltung der indirekten Steuern zu Grunde gelegt. Bei den Naturweinen kann der Alkohol-Gehalt nicht 15—16 % übersteigen, denn die Gährung hört bei diesem Gehalt auf. — Die trockenen und moussirenden Weine enthalten 100—150 Gramm Alkohol auf 1 Liter; die Liqueurweine, wie Marsala, Muscat, denen Alkohol zugesetzt wird, haben 200—225 Gramm auf 1 Liter, endlich die industriellen Weine haben nur den Namen und sind nur Verdünnungen von mehr oder weniger unreinem Alkohol.

Im Jahre 1873 betrug der mittlere Weinverbrauch pro Kopf 119 Liter, 1885: 51 Liter (Phylloxera etc.), 1899: 113 Liter.

Auf der Karte, welche den Weinverbrauch pro Kopf 1899 nach Departements darstellt, bleiben die nördlichsten, nordöstlichsten und die nordwestlichsten Departements weiss (unter 50 Liter pro Kopf).

Der Verbreitungsbezirk des Weinverbrauchs ist 1873, 1885 und 1899 ziemlich derselbe geblieben. — Der Mangel an Wein (1885) hat den Geschmack an Branntwein aufkommen lassen. Als der Wein wieder reichlicher wurde, wurde der Alkohol-Verbrauch nicht geringer, der Weinverbrauch kam einfach hinzu.

Bier hat im Mittel 5 % reinen Alkohol. Die Biere mit sogenannt deutschem Vertriebe haben 1—2 %, die französischen 2—3 %. Die Versand-Biere haben viel mehr, Münchener 4—4,6 %, Pale-ale 6—7 %, Stout 9 %. Bier wird in Frankreich besonders im Nordosten und Norden getrunken. Im Jahre 1896 wurden im Departement du Nord konsumirt pro Kopf 260 Liter Bier, 13 Liter Wein, nahe 1 Liter Cider.

Der Cider (von Aepfeln) enthält 2—6 % Alkohol; der Birnwein kann 10 % erreichen. Cider wird nur in nordwestlichen Departements getrunken. Wenn man den steuerfreien Verbrauch eigener Produkte mitrechnet, so wurden pro Kopf im Departement le Calvados 1899: 353 Liter verbraucht, in l'Ille et Villaine 265 Liter etc.

Verbrauch der Gesammtmasse des Alkohols in den verschiedenen Getränken. Es handelt sich hier nur um die offiziellen Zahlen der versteuerten Produkte. Der wirkliche Verbrauch ist grösser, weil die Branntweinbrenner die Produkte ihrer eigenen Früchte frei haben und weil durch Schmuggel ein Theil der Alkoholika der Steuer entzogen wird. Letzterer Theil wird von *Lunier* für den Alkohol auf $^1/_5$ als Minimum veranschlagt, von Anderen höher. Bei der Berechnung pro Kopf ist zu erwägen, dass Frauen und Kinder zum grossen Theil gar nicht, zum andern

Theil meist nur sehr wenig Alkoholika geniessen. Nach den eingegangenen Steuern berechnet sich für alkoholische Getränke 1899 pro Kopf ein Quantum 14 Liter reiner Alkohol. 1885 betrug der Satz 13 Liter, 1830 unter 8 Liter.

An Steuern kamen pro Kopf ein 1899: 12,64 Frcs. Diese vertheilen sich auf Spirituosen mit 7,61 Frcs., Wein 4,20 Frcs., Bier 0,69 Frcs., Cider 0,34 Frcs.

Eine Karte, in der die einzelnen Departements nach ihren Steuersätzen 1899 mehr oder weniger tief schwarz abgetönt sind, ergiebt für den Norden, bis über Paris hinaus, den höchsten Satz, der nach Süden allmählich abnimmt. Doch finden sich auch im Süden einzelne Zonen mit hohen Sätzen.

Verf. citirt eine Arbeit von *Denis* auf dem Anti-Alkohol-Kongress zu Basel über den Verbrauch destillirter und gegohrener Getränke, nach der in Frankreich von 1830 an und ebenso in Belgien ein Anstieg, während in Schweden, Norwegen, England, Deutschland, Dänemark ein ziemlich beträchtlicher Abstieg sich findet.

Verf. hält nicht viel von dieser Berechnung des Gesammtquantums des Alkohols, da nach ihm die Alkoholika im engeren Sinne, Branntwein und Liqueure in sehr überwiegendem Maasse die Schädlichkeit repräsentiren.

Der Vertrieb der Getränke. Die Vermehrung des Konsums von Alkohol und die Zunahme der Wirthshäuser stehen in enger Beziehung. Letztere scheint mehr Ursache als Folge der Alkoholisation zu sein.

Im Jahre 1835 hatte Frankreich 283000 Schankstellen. Es erfolgte eine stetige Zunahme auf 435000 im Jahre 1899, mit zwei Ausnahmen. Das Jahr 1855 zeigt 291000 gegen 331000 im Jahre 1845. Der Grund war das Dekret von 1851, nach dem kein Ausschank eröffnet werden durfte ohne vorhergehende Erlaubniss der Verwaltungsbehörde. Dann fiel die Ziffer von 351000 Schankstellen im Jahre 1865 auf 343000 im Jahre 1875, in Folge Verlust von Elsass-Lothringen. Das Jahr 1880 zeigt dann eine Zunahme von 14000 gegen 1875, nachdem das Dekret von 1851 durch Gesetz vom 17. Juli 1880 aufgehoben war. Im Jahre 1875 kam in Frankreich eine Schankstelle auf 109 Einwohner. Diese Zahl nahm allmählich ab, so dass 1899 ein Ausschank auf 88 Einwohner kam. — Die meisten Schankstellen sind in den nördlichen Departements, im Departement du Nord z. B. eine auf 45—46 Einwohner. Rechnet man einen entsprechenden Theil von Frauen und Kinder ab, so kommt ein Ausschank auf 15—20 Einwohner.

Der zweite Aufsatz heisst: Alcoolisme et Dépopulation. — Alcoolisme et Tuberculose. — Alcoolisme et Suicide.

Die Entvölkerung Frankreichs, oder richtiger die Stagnation der Bevölkerung liegt weit zurück. Seit ungefähr einem Jahrhundert wächst seine Bevölkerung nicht so schnell wie die der anderen europäischen Völker. Diese Stagnation kann nach Verf. herrühren von einer grossen Sterblich-

keits-, einer schwachen Geburts-, einer unzureichenden Heirathsziffer, oder von einer Verbindung dieser Momente.

Der Ueberschuss der Geburten über die Todesfälle ist seit Langem gering gewesen, besonders in den letzten Jahren. 1890, 1891, 1892, 1895 war die Zahl der Todesfälle grösser als die der Geburten. Gewisse Gegenden zeigen die Abnahme der Bevölkerung in einer beunruhigenden Weise.

Verf. bringt eine Karte, welche für die einzelnen Departements die Abnahme der Bevölkerung resp. das Gleichbleiben und die Zunahme verschieden schwarz abgetönt von 1866 bis 1896 wiedergiebt. In 21 Departements findet eine Abnahme um 75000 bis 25000 Einwohnern statt. Von diesen liegen acht im Nordwesten Frankreichs, vier nach Osten, mehr in der Mitte, acht nach Südwesten, eins nach Südosten. Nach der früheren Karte (S. 199) betreffend Alkoholkonsum gehörten 21 Departements mit mehr als 5 Liter pro Kopf zu den am meisten alkoholisirten. Von diesen gehörten 19 dem Norden, Nordwesten und Nordosten an. Eine Uebereinstimmung beider Karten findet daher nicht statt. Und wo sich theilweise eine Deckung zeigt, wie in der Normandie, ist einzuwenden, dass sich hier in fast allen Arrondissemenis seit 1826, wo man noch nicht vom Alkoholismus sprach, eine Abnahme bemerkbar machte.

Aus dieser Zusammenstellung lässt sich demnach kein Zusammenhang zwischen dem Grade des Alkohol-Konsums und der Abnahme der Bevölkerung in den einzelnen Departements feststellen.

Ueber die Beziehungen des Alkoholismus zur Zahl der Eheschliessungen liegen keine Zahlen vor. Es ist nur zu bemerken, dass die Departements mit den zahlreichsten Ehen nicht die mit der grössten Fruchtbarkeit sind.

Bezüglich des Einflusses auf die Fruchtbarkeit hat Verf. zwei Karten hergestellt nach *Turquaun*, von denen die eine angiebt, wie viele Geburten in jedem Departement auf 1000 Einwohner, die zweite, wie viele Kinder auf 10 Ehen von 1867 bis 1896 kamen. Zu den fruchtbarsten Departements gehören nun sowohl solche, die am meisten alkoholisirt, als solche, die wenig alkoholisirt sind. Demnach hat der Alkoholismus keinen in Zahlen abschätzbaren direkten Einfluss auf die Zahl der Kinder.

Auf die Erhöhung der Sterblichkeit wirkt der Alkoholismus auf mannigfache Weise. Bei akuter und chronischer Vergiftung kommen Berauschte durch mancherlei Zufall um, oder bei stärkerer Verstimmung durch Selbstmord.

Ferner schädigt der chronische Alkoholismus die gesammte Konstitution. Traumatische Verletzungen, Operationen, Lungenentzündungen, Typhus, Tuberkulose, andere Infektionen etc. verlaufen bei den Alkoholisten schwerer.

Laboratoriumsversuche haben diese klinischen Beobachtungen bestätigt. Experimentelle Infektionen mit Streptokokken, Staphylokokken, Milzbrandbacillen verlaufen bei vorher alkoholisirten Thieren schwerer. Diese sind verwundbarer durch die Toxine der Hundswuth, des Tetanus, der Diphtherie.

Demnach sind die Alkoholisten schwereren Erkrankungen und höherer Sterblichkeit ausgesetzt. Dieser Nachweis ist ein klinischer, kein statistischer.

Der Alkoholismus wirkt ferner ungünstig durch seine erbliche Einwirkung. In Ehen von Alkoholisten kommen viele Aborte und Todtgeburten vor. — Verf. citirt weiter *Ladame*: Zahlreiche Experimente bei Thieren und Beobachtungen am Menschen haben gezeigt, dass der Alkoholismus des Vaters und der Mutter die Entwicklung des Embryo stört, Missbildungen und Monstrositäten hervorruft. — Der schädliche Einfluss des Alkohols kann sich noch in mehreren folgenden Generationen zeigen, selbst dann, wenn diese nüchtern sind. — Ein grosser Theil der Nachkommen von Alkoholisten bleibt schwach von Konstitution.

Nach *Legrain* sieht man die Nachkommen von Trinkern oft in drei bis vier Generationen vollständig verschwinden. Dieser kannte 215 Familien von Trinkern mit 814 Individuen in drei Generationen. Von diesen sind 32 % in frühem Alter vollständig verschwunden. Weiter findet sich noch die Angabe: Bekannte Todtgeburten 16, bekannte Frühgeburten 37, frühzeitiger Tod 121. Zusammen 174 von 814 = 21,3 %. *Legrain* berichtet weiter von zwei Trinkern in Rouen mit 30 Kindern, von denen keins mehr lebt.

Balestre und *Gilletta* haben nach der offiziellen sanitären Statistik der Städte Frankreichs und Algeriens die Departements nach der abnehmenden kindlichen Sterblichkeit geordnet. Diese Statistik hat nach Verf. den prinzipiellen Mangel, dass die Städte nur den dritten Theil der Gesammtbevölkerung umfassen. Ferner ist die Alters-Zusammensetzung der Bevölkerung nach den Gegenden sehr verschieden. Hier giebt es wenig Kinder, viele Erwachsene und Greise, dort viele Kinder, wenig Erwachsene und Greise. Nun ist die Zahl der Todesfälle in einem bestimmten Alter sehr abhängig von der Zahl der Lebenden in diesem Alter. — *Balestre* und *Gilletta* geben als äusserste Zahlen der mittleren kindlichen Sterblichkeit an das Departement du Nord (sehr alkoholistisch) mit 283,6 Todesfällen von 0—1 Jahr auf 1000 Todesfälle aller Altersstufen, und das Departement du Gers (am wenigsten alkoholistisch) mit 80,5 Todesfällen von 0—1 Jahr auf 1000 Todesfälle.

Verf. hat nach anderen Quellen ein lebendes Kind von 0—1 Jahr im Departement du Nord auf 48 Einwohner gefunden, im Departement du Gers auf 81 Einwohner. (Dies würde noch immer einen namhaften Ueberschuss von Todesfällen von 0—1 Jahr im Departement du Nord bedeuten. Ref.) — Verf. hat ferner für das Jahr 1898 im Departement du Nord

1 Todesfall von 0—1 Jahr auf 5,3 Geburten, in Gers 1 Todesfall von 0—1 Jahr auf 9,3 Geburten gefunden. Dies würde demnach mit Obigem übereinstimmen. Verf. hat eine ähnliche Berechnung für ganz Frankreich gemacht, mit dem Resultat, dass keine durch die Statistik entdeckbare Beziehung stattfindet zwischen dem Verbrauch alkoholischer Getränke eines Departements und seiner kindlichen Sterblichkeit.

Nach diesen Ausführungen hat der Alkoholismus einen nachtheiligen Einfluss auf die Nachkommenschaft, speziell auf die Kindersterblichkeit. Dieser Nachweis ist jedoch wesentlich ein klinischer. Für letzteren liegen jedoch auch einige statistische Hinweise vor, während die Statistik von ganz Frankreich negativ ist.

Schlagender für den Nachweis des Alkoholismus auf die grössere Sterblichkeit sind folgende literäre englische Angaben. Sie beziehen sich einestheils auf den Vergleich der Sterblichkeit der Berufe, die mit der Produktion und dem Vertrieb alkoholischer Getränke zu thun haben, anderntheils auf die Erfahrungen von Lebensversicherungsgesellschaften bei Abstinenten und Nichtabstinenten.

Ogle berichtet im Jahre 1885 über die Sterblichkeit der Professionen in England. Von 25 bis 65 Jahren betrug die mittlere Sterblichkeit für 1000 Männer aller Berufe 15,5, für Ackerbauer 9, für Bergleute 13,8, für Maurer 15,5 ,Bierbrauer 21,5, Schankwirthe 25,5, Kellner 34,1.

Tatham's Statistik erstreckt sich auf die männliche Bevölkerung über 15 Jahre von England, während der 3 Jahre 1890—1892. Die Sterblichkeit aller Berufe wird gleich 100 angenommen. Die Berufe der Malzfabrikation haben nur eine namhaft geringere Sterblichkeit als 100, bis nach 55 Jahren, wo sie 115 und 143 wird, in dem die angehäuften Alten absterben. Von den übrigen Berufen, die sich auf die Produktion und den Betrieb von Alkohol beziehen, haben die Schankwirthe (mit Angestellten) in der Summe, sowie die in den industriellen Distrikten von 16—20 Jahren 94 resp. 71 %, die in den Ackerbaudistrikten von 16—20 Jahren 75 %, von 21—27 Jahren noch 71 %, auf allen andern Altersstufen haben die Brauer, Schankwirthe (Summe), die von London, in den industriellen und die in den Ackerbaudistrikten eine viel höhere Sterblichkeit, welche sich in London und den industriellen Distrikten zum Theil über 200 % erhebt. Jene niedere Ziffer bis 25 Jahre zeigt die ursprüngliche gute Konstitution der Betreffenden.

Ferner findet sich bei *Tatham* eine allgemeine vergleichende Sterblichkeit der Professionen. Die aller Männer gleich 1000 gesetzt, haben die Männer, die einen Beruf betreiben, eine solche von 952, die Ackerbauer 506, die Geistlichen 533, Schullehrer 604, Malzfabrikanten 884, Handarbeiter zusammen 1221, Wirthe in Ackerbau-Bezirken 1348, Arbeiter in London 1413, Brauer 1427, Arbeiter in industriellen Bezirken 1509, Wirthe in London 1685, dito in industriellen Bezirken 2030.

Endlich bringt Verf. noch die Resultate einiger englischer Lebensversicherungsgesellschaften. Die United Kingdom temperance and general provident Institution versichert bis jetzt über 85000 Leben. Von den 2 Gruppen umfasst die erste die Abstinenten, die zweite bildet fast ausschliesslich mässige Konsumenten alkoholischer Getränke. In jeder der gebildeten 5 jährigen Perioden von 1866—1896 hatten die Abstinenten eine bedeutend längere Lebensdauer. Der grösste Gegensatz findet sich von 1871—1875, Abstinenten durchschnittlich über 100 Jahre, die 2. Gruppe, 76 Jahre. der geringste Gegensatz ist von 1891—1896: Abstinenten 90 Jahre, die 2. Gruppe ca. 72 Jahre.

Die Gesellschaft The sceptre life Association limited versichert besonders Geistliche, die überhaupt eine geringe Sterblichkeit haben. Die Temperenzabtheilung hatte von 1884—1898 522 Todesfälle mit einer Sterblichkeit, die von der nach dem Durchschnitt erwarteten 56,3 % betrug. Die andere Abtheilung hatte 1322 Todesfälle mit einer Sterblichkeit, die von der erwarteten 80,3 % betrug.

Die Scottish temperance life insurance Comp. hat von 1883—1897 bei den Abstinenten (232 Todesfälle) 47 % der erwarteten Sterblichkeit, bei den nicht Abstinenten 69 %.

Die New-York mutual life insurance society hat für die Abstinenten 78 %, für die nicht Abstinenten 96 %.

l'Ordre indépendant des Rechabites, der nur Abstinenten hat, seit 1835 besteht und mehr als 142000 Erwachsene und 76000 junge Leute umfasst, ergiebt für einen Rechabiten über 18 Jahre eine mittlere Lebenserwartung von 50,6 Jahren, während sie im selben Alter von Männern sonst 41,9 beträgt.

Die Schlussfolgerungen dieses Kapitels über den Zusammenhang des Alkoholismus mit der Stagnation der französischen Bevölkerung lassen sich in Folgendem zusammenfassen:

Es lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Grade des Alkohol-Konsums und der Abnahme der Bevölkerung in den einzelnen Departements feststellen.

Ein Einfluss des Alkoholismus auf die Fruchtbarkeit lässt sich nicht nachweisen.

Die Alkoholisten sind schwereren Erkrankungen und höherer Sterblichkeit ausgesetzt. Dieser Nachweis ist ein klinischer, kein statistischer.

Der Alkoholismus hat einen nachtheiligen Einfluss auf die Nachkommenschaft, speziell auf die Kindersterblichkeit. Dieser Nachweis ist jedoch wesentlich ein klinischer, für den Letzteren liegen einige statistische Hinweise vor.

Schlagender für den Nachweis des Alkoholismus auf die grössere Sterblichkeit sind einige englische Statistiken. Nach diesen haben die Erwerbsgruppen, die mit der Produktion und dem Vertrieb

alkoholischer Getränke zu thun haben, eine namhaft höhere Sterblichkeit als die andern Professionen.

Ferner haben nach englischen Lebensversicherungsgesellschaften die Abstinenten eine namhaft geringere Sterblichkeit als die mässig Trinkenden.

Alkoholismus und Tuberkulose.

Latulle, Arzt an einem Hospital zu Paris, welches zum Theil für Lungentuberkulöse bestimmt ist, sagt: Die grosse Mehrzahl der Pariser Arbeiter giebt im Zustande der Gesundheit jeden Tag für alkoholische Getränke $^1/_3$ oder $^2/_5$ ihres Lohnes aus. Diese Summe ist abnorm hoch im Vergleich mit der, die er für Nahrungsmittel ausgiebt. Nun waren von 717 lungentuberkulösen Arbeitern 80 % Alkoholisten und von den über 30 Jahre alten 90 %.

Lavarenne hat nach der erwähnten offiziellen sanitären Statistik der Städte von Frankreich und Algier die Tuberkulose für die einzelnen Departements festgestellt. Es wird die früher erwähnte Kritik wiederholt, ferner, dass die sozialen Verhältnisse von Paris mit $2^1/_2$ Millionen Einwohnern und der 11 andern Städte mit 106000 bis 466000 Einwohnern sehr abweichend von denen der 670 andern Städte mit über 5000 Einwohnern, endlich dass die Nachrichten, z. B. im Departement der Seine sich auf 90 % der Einwohner erstrecken, in andern Departements auf nur 8,3 bis 7,6 %.

Verf. bringt nach *Lavarenne* 2 Karten, von denen die eine für jedes Departement die Todesfälle an Lungentuberkulose auf 1000 Einwohner, die andere auf 1000 Todesfälle darstellt. Er findet wenig Uebereinstimmung zwischen ihnen und denen über die Verbreitung des Alkoholismus. Z. B. haben die Departements Haute-Savoie und Haute-Loire eine sehr hohe Sterblichkeit an Tuberkulose und einen sehr geringen Alkohol-Verbrauch. Auf der andern Seite haben die Departements Rhône und Seine eine hohe Ziffer in beiden Kategorien, wegen Lyon und Paris.

Verf. bringt noch eine dritte Karte von *Bandrau*, der die Daten der offiziellen Statistik durch weitere Dokumente vervollständigt ünd korrigirt hat, so dass diese Arbeit das vollständigste Werk über den Gegenstand geworden sei. Er fällt schliesslich das Urtheil, dass sich auch hier keine bestimmten Beziehungen von Ursache und Wirkung zwischen Alkoholismus und Phthisis entdecken lassen. Den Schluss *Bandrau*'s, die Sterblichkeit an Phthise sei ein direkter Faktor der Quantität des pro Kopf genossenen Alkohols, sei eine Hypothese, gegen die man Front machen müsse.

Ref. fühlt sich noch zu folgenden Bemerkungen veranlasst: In den 3 Karten, der letzten von *Bandrau* und den beiden von *Lavarenne* findet sich neben manchem Abweichenden viel Gemeinsames. Vergleicht man die Karte von *Bandrau* mit der über den Branntweinverbrauch im Jahre 1898 (S. 199), so findet man auf letzterer im Norden, Nordwesten und Nord-

osten Frankreichs 19 Departements mit stärkstem Branntweinverbrauch (über 5 Liter). Von diesen haben zugleich 10 Departements den stärksten Satz an Tuberkulose (7—10,8 Todesfälle auf 1000 Einwohner), also über die Hälfte. — Von den übrigen 68 Departements, von denen nur 2 den stärksten Alkohol-Verbrauch haben, stellen 11 den höchsten Satz an Tuberkulose, also 16. Man würde also schon hieraus auf eine nicht unbedeutende Prädisposition des Alkohols für Tuberkulose oder auf eine Gemeinsamkeit von Ursachen schliessen müssen, die sich vielleicht noch bedeutender herausstellte, wenn die obigen Mängel der Tuberkulose-Feststellung nicht vorlägen.

Verf. bringt noch von den beiden englischen Statistikern Daten über die Schwindsuchts-Sterblichkeit der dem Alkoholismus am meisten ausgesetzten Professionen. *Ogle* fand sie excessiv bei den Kellnern, Wirthen etc. — *Tatham* fand für 1890—1892, die Sterblichkeit aller über 15jährigen Männer gleich 1000 genommen, die Sterblichkeitsziffer an Phthisis für alle Berufe = 185. Unter dieser Ziffer stehen mit einer Schwindsuchtssterblichkeit von 67—114 die Geistlichen, Ackerbauer, Aerzte, Schullehrer, Fischer, darüber mit 314 bis 607 die Wirthe, umherziehende Musiker, Kellner, Arbeiter in London, Handelsreisende, Wirthe und Kellner in London. — Für die einzelnen Lebensalter macht sich ein ähnliches Verhalten geltend, wie früher bei der Sterblichkeit im Ganzen, indem die Kellner von 16—20 Jahren und zum Theil auch von 21—25 Jahren eine geringere Schwindsuchtssterblichkeit stellen, als im Durchschnitt aller Berufe. Ferner stellen die Kellner theilweise nach dem 56. resp. 66. Lebensjahr wieder eine geringere Ziffer als im Durchschnitt. *Jacquet*, aus dessen Bericht (Alcool, maladie, mort) die letzten und früheren Angaben entnommen sind, fand unter 252 Phthisikern 71,4 %, welche Alkoholiker waren vor den 1. Symptomen der Krankheit.

Ueber den Zusammenhang von Alkoholismus und Lungentuberkulose liegen daher beweisende kleinere Statistiken, welche sich auf klinische Beobachtungen Einzelner beziehen, vor. Nach Verf. lässt ein Vergleich der Departements, die am meisten alkoholisirt sind, mit denen der grössten Schwindsuchtssterblichkeit keine bestimmten Beziehungen entdecken.

Man kann jedoch feststellen, dass die Departements mit dem grössten Alkohol-Konsum auch einen namhaft höheren Prozent-Satz für die grösste Schwindsuchts-Sterblichkeit stellen, als die andern. — Die englischen Berufs-Statistiken sprechen in derselben Weise wie früher für die grössere Sterblichkeit im Allgemeinen, auch für die grössere Schwindsuchtssterblichkeit bei den Erwerbsgruppen, welche mit der Produktion und dem Vertrieb alkoholischer Getränke beschäftigt sind.

Alcoolisme et Suicide.

Verf. legt dieser Beziehung nicht die Bedeutung bei, die ihr von den meisten Statistikern beigelegt wird. Er meint, wenn auch hier eine ursächliche Beziehung vorläge, habe sie nicht die Bedeutung wie die zwischen Alkoholismus und Lungentuberkulose sowie Geisteskrankheit, wegen der ziffermässig geringen Bedeutung der Selbstmörder für die Sterblichkeit gegenüber jenen Krankheiten. Der Selbstmord sei vielleicht ein natürlicher Vorgang der Auslese durch Beseitigung der egoistischen, im Gleichgewicht Gestörten, an das soziale Leben nicht angepassten etc. Naturen.

Die Vermehrung der Selbstmörder finde in allen Staaten Europas statt welche in sehr verschiedenem Grade dem Alkohol verfallen sind.

In Frankreich sind die Gegenden mit der grössten Häufigkeit des Selbstmordes verschieden von denen mit dem Maximum des Alkohols. — Während in Frankreich der Alkoholismus von Jahr zu Jahr sich ausdehne von Norden und Nordwest nach Südost ändert sich das Gebiet der Selbstmörder wenig. — Verf. hat 2 Karten beigefügt über die Verbreitung des Selbstmords in Frankreich von 1825—80 und von 1878 bis 1887. Vergleicht man die letztere mit der des Branntweinverbrauchs 1898 (S. 199), so findet man in letzterer eine Ausdehnung des Alkoholismus im Nordwesten, Norden und Nordosten, und von hier in geringerer Intensität durch den Osten hindurch eine Ausbreitung bis zur Südküste. Die Karte des Selbstmordes stimmt hiermit vielfach überein, dagegen fehlt ihr die Ausbreitung im Nordwesten und kommt hinzu eine Ausbreitung im Westen nach dem Süden. Also Uebereinstimmung und Verschiedenheiten. Ferner: unter 21 Departements mit dem stärksten Alkohol-Verbrauch sind 10 mit der stärksten Selbstmörder-Ziffer = 48%, unter den andern 66 Departements sind 4 Departements mit der stärksten Selbstmörder-Ziffer = 6% — demnach ist der Alkohol gewiss nicht die einzige Ursache des Selbstmordes, doch scheint er hiernach eine Prädisposition zu liefern, oder mit ihm ähnliche Ursachen zu haben.

Schliesslich meint Verf.: Der Alkoholismus vermehrt die Zahl der Geisteskranken und wahrscheinlich die der geisteskranken Selbstmörder. Durch die erbliche Wirkung der Intoxitation vermehre er die Zahl der Entarteten, welche zum Selbstmord mehr prädisponirt seien. Der Einfluss scheint ihm der Zahl nach nicht bedeutend zu sein.

Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Alkoholismus und Selbstmord ist demnach wenig Aufklärendes beigebracht. Das theilweise Zusammenfallen der Departements mit dem stärksten Alkoholismus und der grössten Selbstmordzahl spricht für eine gewisse, direkte oder indirekte ursächliche Beziehung.

Der dritte Aufsatz heisst: Alcoolisme et aliénation mentale.

Die Untersuchung kann sich nur auf die Geisteskranken der Anstalten beziehen. Berücksichtigt werden fast nur die Departemental-Anstalten Frankreichs, deren statistische Data unter einander vergleichbar sind und eine grössere Exaktheit darbieten. Beigebracht sind Diagramme über die

Aufnahmen von 1861—98 (38 Jahre). Im Jahre 1861 wurden 2902 Geisteskranke im Ganzen aufgenommen. Die Zahl stieg unter Schwankungen und betrug im Jahre 1898: 15711. Das Maximum fiel auf das Jahr 1896 mit 22671 Aufnahmen. Die letzten Jahre weisen eine bedeutendere Steigerung auf.

Der Gang der alkoholischen Geistesstörungen (d. h. offenbar aller Geisteskrankeiten, als deren Hauptursache Missbrauch der Alkoholika angesehen wurde, Ref.) ist fast derselbe, nur sind die Schwankungen viel bedeutender und der Grad des Anstiegs grösser. Im Jahre 1861 betrug die Zahl kaum 300, 1898: 2152. Das Maximum fällt in das Jahr 1897 mit 4460. Verf. meint, die hohe Zahl beruhe z. Th. auf von früheren Jahren abweichender Rubrizirung. Er nimmt an, dass die Zahl der Geisteskranken in Folge Missbrauchs geistiger Getränke wenigstens 7 mal grösser sei als 1861.

Die Zahl der alkoholischen Geistesstörungen betrug 1861 10% aller Geisteskranken, 1875—90: zwischen 12 und 16%, 1897 nahe 20%, 1898: 13,7%.

Verf. bringt noch eine zweite Tabelle für die Jahre 1888—98 (11 Jahre) mit 2 Abtheilungen, von denen die eine, wie bisher, auf die Departements Anstalten, die andre sich auf alle Anstalten bezieht. Zu den letzteren gehören Abtheilungen von Hospitälern, Privat-Asyle, welche die Funktion von öffentlichen Anstalten einnehmen, eigentliche Privatanstalten. Darnach betrug der Prozentsatz der Alkoholiker an

der Gesammtzahl	1888	1898	1897
in Departements-Asylen	8,8%	13,7%	19,9%
in allen Asylen	10,8%	12,3%	17,9%

Darnach ist, wenn man die Aufnahmen in alle Anstalten in Betracht zieht, die Anfangszahl grösser, der Anstieg weniger gross, als in den Departements-Anstalten allein. [In die Abtheilungen der Hospitäler werden viele Fälle von Delirium tremens aufgenommen, welche wenig in die ländlichen Departements-Anstalten gelangen, vielleicht auch anderweitige alkoholische Formen. Vielleicht hat sich dies in den letzten Jahren etwas ausgeglichen. Ref.]

Verf. behandelt dann weiter die Frage der Vertheilung der alkoholischen Psychosen auf die einzelnen Departements, oder vielmehr die einzelnen Departements-Asyle. Der Vergleich wird sehr dadurch beeinträchtigt, dass die Geisteskranken eines Asyls oft aus mehreren Departements herstammen. Ferner sei ein grosser Theil Geisteskranker, besonders Alkoholiker, nicht internirt. Verf. bringt nun 2 Karten über die Verbreitung der alkoholistischen Geistesstörungen, in den einzelnen Departements Frankreichs. Die Departements mit dem grössten Prozent-Satz der Alkoholpsychosen an allen Aufnahmen der betreffenden Asyle sind ganz schwarz abgetönt. Die 1. Karte ist von *Lunier* und erstreckt sich auf die Jahre 1867—76. Hier ist der Nordwesten, Norden und Nordosten stark vertreten, wie auch nach

Früherem der Alkoholkonsum. Dagegen zeigt sich auch eine starke Verbreitung anderswo, besonders nach der Mitte hin. Die 2. Karte ist vom Verf. und bezieht sich auf die Gegenwart. Hier ist der ganze Norden mehr accentuirt vertreten. Es finden sich ausserdem nur noch 2 schwarze Departements an der Westküste in der Mitte und 2 schwarze Departements an der Südostküste. Von den 21 Departements mit dem stärksten Alkoholkonsum (S. 199) sind zwölf mit dem stärksten Antheil der Alkoholisten an den Asyl-Aufnahmen, unter den 66 anderen Departements 6. Also macht sich immerhin der Einfluss des Alkohol-Konsums auf das Resultat bemerkbar. Verf. meint: Gewisse Herde für Alkoholpsychosen von 1867—76 sind stationär geblieben und daher jetzt in die zweite Reihe getreten, während der beträchtliche Fortschritt im Norden und Nordwesten diese zum Centrum der alkoholistischen Geistesstörungen gemacht habe.

Weiter wird die bedeutende Zunahme der Asyl-Geisteskranken in Marseille besprochen, über die Bevölkerungszunahme hinaus, und bei gleichzeitiger Zunahme des Alkoholverbrauchs. Die Alkohol-Psychosen machten $^1/_4$ aller Geisteskrankheiten aus.

In Maréville (bei Nancy) machten von 1895—97 die alkoholistischen Geistestörungen 14% aller Geistesstörungen aus. Weitere 10% litten an andern Geistesstörungen mit alkoholistischer Aetiologie. (Hier wird also zuerst dieser Unterschied gemacht.)

P. Garnier fand in Paris von 1874—88 in der polizeilichen Aufnahme-Station (infirmerie spécial) die Zahl der Alkohol-Psychosen vom 1. bis zum letzten Triennium durchschnittlich jährlich von 367,33 auf 729,66 steigen, und zwar die Männer von 314,66 auf 604,33, die Frauen von 52,66 auf 125,38. Die Zahl der Gesammtaufnahmen in Paris nach der Statistik der Polizeipräfektur stieg von 3084 im Jahre 1872 auf 4449, und zwar die Männer von 1695 auf 2549, die Frauen von 1389 auf 1900 im Jahr 1888. Die Zahl der Alkoholpsychosen hat daher mehr als die der Geisteskranken überhaupt, und die der alkoholistischen Frauen mehr als die der alkoholistischen Männer zugenommen.

Nach *Magnan* wurden in St. Anne 1894: 874 Alkoholpsychosen aufgenommen (624 Männer und 250 Frauen), bei einer Gesammtaufnahme von 3740 (2072 Männer, 1668 Frauen). Dies macht für die Alkoholpsychosen 30,11 bei den Männern, und 9,05% bei den Frauen. — Ausserdem blieben nach *Magnan* noch Geisteskranke mit verschiedenen Störungen zu Hause, beschäftigten sich sogar, bis sie in Folge weiteren Alkoholgenusses aufgeregt eingeliefert wurden. Diese Zahl betrug 166 Männer und 63 Frauen. Rechnet man diese hinzu, so betrug die Zahl der Alkoholiker bei den Männern 38,12%, bei den Frauen 12,8%. — Der Satz betrug 1887: 24,84 bei den Männern und 3,92 bei den Frauen und stieg in den folgenden Jahren allmählich zu jener Höhe. — Also auch hier eine stärkere Zunahme der alkoholischen Frauen.

Legrain, der noch weitere Statistiken über andere Anstalten nach Verf. bringt, hält den Alkoholismus für die hauptsächliche Ursache der Zunahme der Geisteskrankheiten. *Mayet* will dies nicht so absolut aufstellen. Die genannten Statistiken bezögen sich auf die Pariser Bevölkerung, welche sich von dem übrigen Theil der französischen Bevölkerung unterscheide, besonders geartet sei, und viele Degenerirte, Desequilibrirte etc. enthalte.

Für Preussen giebt *Baer* 28% Geisteskranke mit alkoholischer Aetiologie und 11% mit Alkoholpsychose an. In der Schweiz beträgt der Satz für Alkoholpsychosen 18% für die Männer und 3% für die Frauen, in England 20% für die Männer und 8% für die Frauen.

Maurin hat das Lebensalter von 519 Kranken mit Alkohol-Psychose festgestellt. 76,7% standen im Alter von 26—50 Jahren, 55% im Alter von 31—45 Jahren. Dies entspricht natürlich dem Alter des grössten Alkohol-Konsums.

Bei Zusammenfassung der wichtigeren Resultate dieses Kapitels ist zu erwägen, dass unter Alkoholpsychose im Allgemeinen alle Psychosen mit alkoholischer Aetiologie (wesentlich Branntweingenuss) verstanden werden. In den Departements-Asylen erfolgt die Zunahme der Alkoholpsychosen in stärkerem Grade als die der Geisteskrankheiten überhaupt. Nimmt man die Psychosen in den Abtheilungen der Hospitäler und den Privatanstalten hinzu, so stieg der Satz der Alkohol-Psychosen weniger bedeutend an. In den Departements-Asylen betrug der Satz 1861: 10%, im Jahre 1898: 13,7%.

Die Departements-Asyle mit dem grössten Prozent-Satze an Alkohol-Psychosen liegen zum grossen Theil in Departements, in denen gegenwärtig der stärkste Alkoholkonsum stattfindet. Es ist dabei zu bemerken, dass die Asyle ihre Kranken zum Theil aus andern, auch entfernten Departements aufnehmen.

Nach Garnier hat in Paris von 1874—1888 die Zahl der Alkoholpsychosen mehr als die der Geisteskranken überhaupt, die der an Alkohol-Psychosen erkrankten Frauen mehr als die der Männer zugenommen.

Nach Magnan betrug in St. Anne der Antheil der Alkoholpsychosen an den Geisteskrankheiten überhaupt im Jahre 1887 bei den Männern 24,84%, bei den Frauen 3,92%. Dieser Antheil stieg allmählich und betrug 1894 bei den Männern 30,11%, bei den Frauen 9,05%, also bei den Frauen mehr als das Doppelte.

Baer, *A.*, Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig, Thieme. 1901.

Verf. bringt zunächst eine Reihe literarischer Angaben aus verschiedenen Ländern, die z. Th. bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts zurückgehen. Man kann aus ihnen nicht die Ansicht gewinnen, dass in der neueren Zeit im Allgemeinen eine Zunahme der kindlichen Selbstmorde (d. h. der bis inclusive 15 Jahren) stattfindet. Speziell auch für Preussen lässt sich diese Zunahme nicht nachweisen.

Für die weitere Arbeit des Verf. liefert das statistische Material im Wesentlichen die preussische amtliche Statistik für die 30 Jahre von 1869 bis 1898. Wenn man die durchschnittlichen jährlichen Selbstmorde der bis 15 Jährigen nach den einzelnen Jahrfünften vergleicht, so stehen die beiden ersten Jahrfünfte gegen die vier folgenden evident zurück. Diese letzteren verhalten sich untereinander, auch hinsichtlich der Geschlechter, unregelmässig.

Wenn man je zwei Jahrfünfte vereinigt, so hat das erste Jahrzehnt durchschnittlich jährlich 40,5 Kinderselbstmorde, das zweite 62,0, das dritte 68,3. Dasselbe Resultat erhält man, wenn man die Selbstmorde zu der lebenden Bevölkerung, oder der betreffenden Altersstufe derselben in den einzelnen Zeiten berechnet.

Aus diesen Angaben ergiebt sich unmittelbar, dass in den letzten 20 Jahren keine Zunahme der Kinderselbstmorde stattgefunden hat. Wenn man ferner in Erwägung zieht, dass die offizielle Statistik um so zuverlässiger wird, je länger sie betrieben und je mehr sie eingeübt ist, so ist es wahrscheinlich, dass der tiefere Stand der Kinderselbstmorde von 1869 bis 1878 nicht in wirklichen Thatsachen, sondern nur in mangelhafter Ermittelung derselben ihren Grund hat.

Wenn man die Kinderselbstmorde zu der Gesammtzahl der Selbstmorde in den einzelnen Zeiträumen berechnet, so findet sich kein paralleler Gang beider Zahlenreihen. Die Kinderselbstmorde müssen daher z. Th. andere Ursachen haben als die der Erwachsenen.

Verf. bringt weiter die amtliche Statistik der Ursachen der Kinderselbstmorde von 1884—1888 in Preussen. Die Gesammtzahl war 936 (735 m., 201 w.). Bei 337 (275 m., 62 w.) war die Ursache unbekannt. Von den Fällen mit bekannter Ursache bildeten die Geisteskrankheiten als Ursache bei den m. 12 %, w. 15 %. — Die II. Ursachen-Gruppe enthält Zustände, bei denen langdauernde depressive Einwirkungen stattfanden, und die z. Th. den Geisteskrankheiten nahe stehen. Sie sind Lebensüberdruss, körperliche Leiden, Leidenschaft mit unglücklicher Liebe und Eifersucht, Laster mit Trunksucht, sittlicher Verwahrlosung, Vagabondage. Diese II. Gruppe liefert 11 % m. und 9 % w. Selbstmörder. — Die III. Gruppe enthält akute, auch länger wirkende depressive Affekte, nämlich Reue, Scham, Gewissensbisse, zugleich Furcht vor Strafe. Ferner Aerger und Streit, Kummer. Diese III. Gruppe liefert die Hauptmasse der Selbstmorde, nämlich bei den Männern 70 %, Weibern 72 %. Stellt man diese Zahlen

mit den Ursachen der Selbstmorde in Preussen überhaupt zusammen, nach den Daten von 1883—1890, so ergiebt sich:

I. Gruppe: Kindliche Selbstmorde 12 m., 15 w. — Selbstmorde überhaupt 27,6 m., 47,7 w.

II. Gruppe: Kindliche Selbstmorde 11,0 m., 9,0 w. — Selbstmorde überhaupt 40,6 m, 29,1 w.

III. Gruppe: Kindliche Selbstmorde 70,0 m., 72 w. — Selbstmorde überhaupt 30,6 m., 22,3 w.

Die kindlichen Selbstmorde stehen daher zurück in der I. und II. Gruppe, überwiegen stark in der III. Gruppe.

Verf. bespricht dann die Ursachen, welche ausserhalb des kindlichen Organismus liegen, zunächst die wirthschaftlichen und sozialen Verhältnisse. Er stellt die Selbstmordziffern der einzelnen preussischen Provinzen zusammen und vergleicht die in den einzelnen wirksamen Faktoren. Das Resultat ist, dass weder die Dichtigkeit der Bevölkerung, noch die grossen Städte, noch das Vorhandensein der Industrie, noch die Zahl der gewerblich beschäftigten Schulkinder und deren Mütter von nachweisbarem Einfluss auf die Selbstmord-Frequenz der Kinder sind.

Verf. wendet sich dann zu den nachtheiligen Einflüssen der Familie. In den niederen Ständen seien diese bedingt durch den Tiefstand der äusseren Lebensverhältnisse und Verwahrlosung, in den höheren durch die moderne Erziehung zur Frühreife und Genusssucht. — Man findet nun allerdings auf anderem Gebiet als Folge jener Verwahrlosung eine Zunahme der jugendlichen Verbrecher. Dagegen lässt sich bezüglich der kindlichen Selbstmorde eine Zunahme einzelner Gesellschaftsklassen gegen andere, oder der neueren Zeit gegen früher nicht nachweisen.

Verf. behandelt dann die Beziehungen der Schule zum Selbstmord und bespricht in eingehender Weise die Ueberbürdungsfrage. Er meint, dass die Erscheinungen krankhafter Ermüdung, die Schülernervosität, allgemeine reizbare Nervenschwäche, fast nur Kinder betreffe mit einer verminderten psychischen Leistungsfähigkeit, psychopathischer Minderwerthigkeit. Die Ueberbürdung geschehe auch mehr ausserhalb der Schule als durch sie.

Verf. bringt dann nach *Guttstadt* eine Statistik über die Schülerselbstmorde und ihre Ursachen in Preussen von 1883—1888. Die Zahl betrug 289 und zwar in den höheren Schulen 76 m. und 3 w. (letztere werden nicht weiter berücksichtigt), in den niederen 163 m. und 47 w. Die Eintheilung ist ähnlich wie bei der früheren Statistik über die Ursachen der Kinderselbstmorde von 1884—1888. Die I. Gruppe, Geisteskrankheit, hat bei den höheren Schulen (welche überhaupt nur männliche Schüler betreffen) 18 %, bei den niederen 12 % m. und 6 % w. — Die II. Gruppe, welche im Wesentlichen psychopathische Zustände enthält, solche, bei denen eine langdauernde depressive Wirkung stattfand (Lebensüberdruss,

körperliche Leiden, unglückliche Liebe, sittliche Verwahrlosung) stellt bei den höheren Schulen 18 %, bei den niederen 7 % m. und 11 % w. Selbstmorde. — Die frühere III. Gruppe, akute oder auch länger wirkende Affekte, ist hier in zwei Theile zerlegt worden, von denen der erstere mehr die höheren Schulen, der zweite die niederen betrifft. Die jetzige III. Gruppe enthält Examenfurcht, gekränkten Ehrgeiz, sonstige mit der Schule zusammenhängende Gründe, und liefert für die höheren Schulen 51 %, für die niederen 15 % m. und 9 % w. Selbstmorde. — Die IV. Gruppe enthält Furcht vor Strafe, dann Aerger, Zorn, Missmuth, Trotz, ferner harte und unwürdige Behandlung. Sie liefert für die höheren Schulen 10%, für die niederen 51 % m. und 74 % w. Selbstmorde.

Wenn man diese Resultate über die Schülerselbstmorde vergleicht mit den früheren über die Kinderselbstmorde von 1884—1888, so findet in letzteren ein ähnlicher Gang statt wie bei den niederen Schulen, denen sie im Alter auch ziemlich entsprechen. Die höheren Schulen liefern eine höhere Ziffer für Geisteskrankheiten und psychopathische Zustände (ohne jedoch den Satz der Selbstmorde der gesammten Bevölkerung zu erreichen), entsprechend ihrem theilweise höheren Lebensalter, ferner haben die akuten Affekte eine ihnen eigenthümliche Form in Gruppe III, Examenfurcht etc. Sie bleiben in der Summe von III und IV etwas unter der Höhe der niederen Schulen, überschreiten jedoch noch bedeutend den Satz der Selbstmorde in der Bevölkerung überhaupt.

Hervorzuheben ist, dass die Selbstmordfrequenz der Kinder und der Gesammtzahl der Selbstmorde in den einzelnen Staaten und preussischen Provinzen dieselbe Reihenfolge hat.

Aus dem Vorgetragenen fasst Ref. einige Schlussfolgerungen zusammen:

Entgegen der Meinung des Verfassers von der Zunahme der Kinderselbstmorde in der neueren Zeit, ist bei kritischer Erwägung der Zahlen weder für andere Länder im Allgemeinen, noch für Preussen eine Zunahme der Kinderselbstmorde in der neueren Zeit anzunehmen. — Gegenüber den psychologisch sozialen Erwägungen, welche für eine Zunahme der Kinderselbstmorde sprechen, haben weder die Dichtigkeit der Bevölkerung, noch die grossen Städte, noch das Vorhandensein der Industrie, noch der Prozentsatz der gewerblich beschäftigten Schulkinder und deren Mütter einen nachweisbaren Einfluss auf die Selbstmordfrequenz der Kinder. — Jene Schädlichkeiten, so wichtig sie für die Disposition zu Verbrechen sind, scheinen daher für die Kinderselbstmorde, so weit sie sich in den Zahlen aussprechen, nicht den wichtigsten Faktor, die Massen-Prädisposition zu beeinflussen, wie sie sich z. B. in dem parallelen Gang der Selbstmorde der Kinder und der Erwachsenen in den einzelnen Staaten und den preussischen Provinzen ausspricht.

(Eine eingehendere Besprechung ist vom Referenten geliefert im Irrenfreund 1901, Nr. 5 u. 6.)

Pilcz, Alex., **Geistesstörungen bei den Juden. Wiener klin. Rundschau No. 47 und 48.**

Verf. bringt zunächst literare Angaben. Nach *Schüle*, *Kraepelin*, *v. Krafft-Ebing*, *Kirchhoff* kommen Geistesstörungen unter den Juden relativ häufiger vor als unter den Christen, die 3 Letzteren bringen dies mit der Inzucht in Zusammenhang. — *Hirschl* hatte unter 200 Paralytikern 40 Juden, unter denen 7 erblich belastet waren. — *Beadles* hatte bei seinen jüdischen männlichen Geisteskranken 21 % Paralytiker, bei den Christen 13 %. Bei den Juden sei Epilepsie selten, die Heilbarkeit der jüdischen Geisteskranken geringer. — *Mikle* fand unter den Juden einen hohen Prozent-Satz von periodischem Irresein, ebenso wie Verf. in seiner früheren Arbeit. — *Shuttleworth* und *Fletcher-Beach* fanden unter den Juden wenig idiotische und schwachsinnige Kinder, die meisten englischen Autoren viel Neurasthenie. — *Benedikt* fand viel Paralyse und Hysterie. *Kretzmer* führt aus der preussischen Statistik von 1871 an, dass auf 1 Million der Bevölkerung 3898 blödsinnige und 4559 irrsinnige Juden, dagegen 5780 blödsinnige und 3620 irrsinnige Christen sich befinden.

Das Material des Verf. ist der 1. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien entnommen. Verf., der eine grosse Kenntniss der persönlichen Verhältnisse seiner Kranken habe, hat die getauften Juden zu den Juden gerechnet. — Vom 1. Januar 1898 bis zum 1. August 1901 wurden nach dieser Tabelle 1219 Kranke aufgenommen (723 Männer und 496 Frauen). Darunter Juden 134 (81 Männer, 53 Frauen). Dies macht für die Juden einen Prozent-Satz von 10,99 % (Männer 11,2 %, Frauen 10,68 %). — Nach einer weiteren Tabelle II über den Zahlstock (Pensionär-Abtheilung) fanden sich unter 218 Aufnahmen aus derselben Zeit 27,69 % jüdische Männer und 29,54 % jüdische Frauen. In der Bevölkerung Wiens waren bei der Volkszählung am 31. Dezember 1900 8,86 % Juden. Die Klinik, welche der Arbeiterbevölkerung entspricht, würde daher etwas mehr, der Zahlstock, der Kranken der wohlhabenderen Klassen entspricht, in weit höherem Masse als im Prozent-Satz der Bevölkerung vertreten sein. Es erklärt sich dies nach dem Verf. daraus, dass die Juden in grösserem Prozent-Satz in den wohlhabenden Klassen der grossstädtischen Bevölkerung vertreten sind.

In den Tabellen sind als Alkoholismus aufgeführt die Formen, bei denen als ätiologisches Moment Alkoholismus angegeben ist, wie Delirium tremens, der akute Alkoholwahnsinn, Alkoholparanoia etc. In Tabelle I finden sich hier untergebracht 173 Männer, 22 Frauen, in Tabelle II 7 Männer, 2 Frauen, in beiden kein einziger Jude. Verf. hat als Anstaltsarzt seit 1895 keinen einzigen jüdischen Alkoholiker gesehen, dabei die Fälle, wo Trunkexcesse als Symptom im Initialstadium einer Paralyse etc. auftraten, ausgeschlossen. Er berichtet ferner über die Mittheilung *Sickinger*'s, der sich bezüglich der Männerabtheilung der Wiener Irren-

anstalt für die letzten 6 Jahre nur 2 jüdischer Alkohol-Deliranten erinnert, während die Zahl der mit Alkoholismus aufgenommenen Männer in den 4 Jahren von 1895—1898 betrug: je 272, 280, 160, 192.

Demnach kommt der Alkoholismus als ätiologischer Faktor von Psychosen bei den Juden sowohl in den niederen als wohlhabenden Ständen fast gar nicht in Betracht.

Zieht man in Tabelle I den Alkoholismus ab, so steigt der Antheil der jüdischen Männer an der Gesammtzahl auf 14,73 %, der jüdischen Frauen auf 11,18 %.

Bei den andern Formen kehren, abgesehen von der Rasse und insoweit grössere Zahlen vorliegen, bezüglich Betheiligung der Geschlechter allgemein bekannte Verhältnisse wieder. So liefert die Paralyse (Männer 144, Frauen 43) viel mehr Männer, die akuten Psychosen, Melancholie (Männer 9, Frauen 36), Manie (Männer 2, Frauen 4), Amentia (Männer 22, Frauen 103), viel mehr Frauen. Bei Paranoia (Männer 118, Frauen 111) stehen sich die Geschlechter nahe gleich. Das periodische Irresein liefert 23 Männer, 29 Frauen. Bezüglich der Epilepsie giebt *Binswanger* Gleichheit der Geschlechter an. Tabelle I giebt für epileptische Geistesstörungen 54 Männer und 30 Frauen, darunter Juden nur 2 Männer und 2 Frauen. Verf. bezieht Beides auf den Alkoholismus, bezw. sein Fehlen.

Die senile Demenz liefert unter 19 Männern 1 Juden = 5,26 %, unter 23 Frauen 3 Juden = 13,04 %, also bei den Männern jedenfalls einen niedrigen Satz. Blödsinn mit Herderkrankung hat unter 14 Männern 1 Juden (7,14 %), unter 2 Frauen keine Jüdin, in Tabelle II unter 4 Fällen keinen Juden. Das moralische Irresein, eine Abtheilung der Imbecillitas hat unter 45 Männern 3 Juden = 6,6 %, unter 9 Frauen keine Jüdin. Verf. weist als mögliche Ursache der geringen Vertretung auf das Fehlen des Alkoholismus hin.

Von den akuten Psychosen hat die Amentia unter 22 Männern 4 Juden = 18,18 %, unter 103 Frauen 9 Juden = 8,73 %. Verf. meint, dass der hohe Satz unter den Männern zufällig bedingt sei und dass die äussere Ursache (Infektionskrankheiten etc.) für die Juden keine besondere Prädisposition schaffe.

Gegenüber den bisherigen Formen, bei denen die Juden theils einen geringeren, theils keinen grösseren Antheil stellen als die Christen, zeigen die folgenden Formen die Juden mehr betroffen,

Die Imbecillität (ohne moralisches Irresein) stellt unter 29 Männern 6 Juden = 20,69 %, unter 15 Frauen 2 Juden = 13,3 %.

Die sekundäre Demenz hat unter 5 Männern keine Juden, unter 15 Frauen 5 = 33,3 %. Verf. meint, die Scheidung von der Dementia praecox sei nicht genau, da man die Fälle oft erst im abgelaufenen Stadium, ohne hinreichende Anamnese, sehe. Die Dementia praecox hat in Tabelle I unter 46 Männern 8 Juden = 17,39 %, unter 19 Frauen 4 Juden = 21,05 %, die Tabelle II bei Hebephrenie unter 8 Männern 5 Juden = 62,5 %,

unter 8 Frauen 3 Juden = 37,5 %. Verf. folgert, dass die Juden in höherem Masse als die übrige Bevölkerung bei im jugendlichen Alter entstandenen akuten Psychosen Gefahr laufen, zu verblöden. Das periodische Irresein sei ausgenommen.

Die Melancholie hat unter 9 Männern 3 Juden = 33,3 %, unter 36 Frauen 4 Juden = 11,1 %, die Paranoia unter 118 Männern 17 Juden = 14,41 %, unter 111 Frauen 7 Juden = 6,3 %. Hier zeigt die Tabelle II unter 13 Männern 4 Juden = 30,77 %, unter 21 Frauen 6 Juden = 28,57 %.

Das periodische Irresein hat unter 23 Männern 6 Juden = 26,08 % Juden, unter 29 Frauen 6 Juden = 20,69 %. Tabelle II hat hier unter 4 Männern 4 Juden = 106 %, unter 6 Frauen 2 Juden = 33,3 %.

Die kleinen Zahlen von neurasthenischem Irresein, Morphinismus geben auch zum Theil hohe Sätze für die Juden.

Bei den zuletzt besprochenen Formen gebe die angeborene psychopathische Konstitution, die durch erbliche Belastung bedingte Veranlagung einen wichtigen ätiologischen Faktor ab.

Die progressive Paralyse hat unter 144 Männern 27 Juden = 18,75 %, unter 43 Frauen 5 Juden = 11,63 %, die Tabelle II unter 64 Männern 17 Juden = 26,56 %, unter 4 Frauen 1 Jüdin = 25 %. Da über Verschiedenheit der Lues bei Juden und Christen nichts bekannt ist, so rekurrirt Verf. auf das erschöpfende Gehirnleben, dem Kaufleute, Börsenagenten etc., die bei den Juden mehr vertreten sind, unterliegen.

Verf. fasst seine Resultate zusammen:

I. Die Psychosen, bei denen Alkoholmissbrauch als ätiologischer Faktor zu beschuldigen ist, kommen bei den Juden kaum zur Beobachtung.

II. Jene Geisteskrankheiten, bei denen Infektionskrankheiten, cerebrale Herde etc. eine beträchtliche Rolle spielen, zeigen keinen Unterschied zwischen Juden und Christen.

III. Die jugendlichen Verblödungsprozesse und Demenz nach akuten Psychosen kommen bei Juden häufiger vor.

IV. Die Paralyse ist bei Juden häufiger.

V. Zu Psychosen auf hereditär degenerativer Basis, mit erblicher Belastung als vielleicht einzigem und ursächlichem Moment, erscheinen die Juden unverhältnissmässig stark disponirt. Zu diesen würden demnach hauptsächlich gehören (Melancholie), Paranoia, periodische Psychosen, neurasthenische Psychosen.

Zu den 3 letzten Abtheilungen (III, IV, V) scheinen die besseren Stände noch in erheblicherem Masse disponirt, als die unteren.

Verf. meint ferner, dass noch andere exquisit hereditäre Formen, die nicht anstaltsbedürftig und nur aus der Privatpraxis bekannt werden, wie die leichtesten Formen der Folie circulaire, neurasthenisches Irresein, Phobien, Zwangsvorstellungen, sexuelle Perversitäten etc., bei den Juden

sehr häufig vorkommen, ohne dass man darüber eine Statistik vorlegen kann. Als wichtiges Moment sieht Verf. die Inzucht an, die nach seiner speziellen Kenntniss in den besseren jüdischen Familien in noch höherem Grade zutrifft.

Beadles, The insane jew. The journal of mental science. October.

Verf. bringt einige Besonderheiten über die psychische Erkrankung bei den Juden. Er verfügt über eine Statistik von über 1000 Fällen. Besonders auffallend ist die ungewöhnliche Verbreitung der progressiven Paralyse unter den männlichen Juden. Ueber 21 % der Aufnahmen männlicher Juden in dem Londoner Grafschaftsasyl zu Colney Hatch gehören ihr an, während nach dem Bericht der Commissioner für 1899 die progressive Paralyse nur 13 % der jährlichen Durchschnittsaufnahme der armen Geisteskranken ausmachte. In den Londoner Grafschaftsasylen gehörten im Jahre 1898 nur 10 % der männlichen Aufnahmen der Paralyse an. 41 % der Todesfälle männlicher Juden fallen auf diese Krankheit. Hingegen kam die Paralyse unter den männlichen Todesfällen überhaupt in allen Anstalten im Jahre 1898 nur in 26 % in Betracht. Bei jüdischen Frauen indessen stellt sich das Verhältniss fast ebenso wie bei den andern Frauen. Die Ursache des häufigen Vorkommens der Paralyse bei männlichen Juden sieht Verf. in verschiedenen Umständen. Syphilis und sexuelle Excesse kommen ziemlich oft vor, weniger Trunkenheit. Ferner sind die Juden häufig neurotisch, die Jüdinnen hysterisch. Geistige Ueberanstrengung, Aufregung und dergl., wie sie die Gier nach Reichthum begleiten, spielen eine wichtige Rolle. Dazu kommt noch die Heredität.

Juden werden früher geisteskrank als Nicht-Juden, das Durchschnittsalter der Aufnahmen männlicher Juden beträgt 37, weiblicher 36, das Durchschnittsalter aller Aufnahmen in die Londoner Grafschaftsasyle 1898, für beide Geschlechter, 43 Jahre. Die Juden werden durchschnittlich 44 Jahre alt, die Jüdinnen 47. Das Durchschnittsalter sämmtlicher Geisteskranken Londons beträgt 51 Jahre für die Männer, 55 für die Frauen.

Nach der Statistik von Colney Hatch machen die Rückfälle unter den Juden 14 % der Aufnahmen aus, d. h. 2mal soviel, als es bei den Gesammtaufnahmen in die Londoner Asyle der Fall ist. Diese hohe Zahl rührt theils von dem häufigeren Vorkommen von Rückfällen bei den Juden her, theils aber auch daher, dass die jüdischen Kranken meist nur als gebessert entlassen werden.

Die Zahl der Genesungsfälle bei Juden erscheint günstig. Sie macht 34,4 % der Aufnahmen aus (26,1 % Männer und 42 % Frauen), hingegen beträgt sie 30,49 % (26,56 Männer und 34,02 Frauen) unter allen Aufnahmen der Londoner Asyle im Jahre 1898. Die Sterberate ist geringer unter den Juden und fällt am meisten zu Gunsten der Frauen aus. Das

rührt hauptsächlich von dem häufigen Vorkommen des puerperalen Irreseins her, das bei Jüdinnen 15% der Erkrankungsfälle ausmacht. In den 4 Londoner Asylen, wo wenig Juden aufgenommen werden, litten nur 3% der weiblichen Fälle an puerperalem Irresein. Da diese Krankheit leicht in Heilung übergeht, so erklärt sich damit das günstige Verhältniss der Genesungsfälle. Das häufige Vorkommen des puerperalen Irreseins unter Jüdinnen hinwiederum leitet Verf. von dem neurotischen Temperament, der frühen Heirat, der schlechten Ernährung, der ungesunden Beschäftigung und Umgebung her.

Unter den geisteskranken Juden überwiegt das ausländische Element, über 80% der Kranken stammten aus Russisch-Polen oder Deutschland.

Die unheilbaren Fälle unter den jüdischen Insassen zeigen nach Verf. die unangenehmen Seiten der andern unheilbaren Fälle in verstärktem Masse.

Zum Schlusse führt Verf. noch die Erfahrungen von *White* an, dem Direktor des Londoner jüdischen Cityspitals. Die jüdischen Kranken der armen Klasse zeigen eine nur geringe Widerstandskraft und unterliegen rasch Lungen- und andern Krankheiten. Die progressive Paralyse ist unter den Männern sehr verbreitet und verläuft rasch, sie ist unter den Frauen selten. Epilepsie kommt bei Juden selten vor. Syphilis ist ebenfalls selten. Trunksucht ist häufiger die Folge als die Ursache der Erkrankung. Kummer und Ueberanstrengungen sind häufig als Ursachen des Irreseins. Die Juden sind leicht erregbar und führen ein aufregendes Leben, ihre Beschäftigung ist aufregend. Die Aussicht auf Genesung ist für alle Formen der Geisteskrankheit bei Juden geringer als bei Nicht-Juden, wenigstens sobald das 30. Jahr überschritten ist. Unter den jüdischen Kranken sind viele lärmende und störende Elemente. Sie sind alle sehr träge, oft mit unangenehmen Gewohnheiten, moralisch heruntergekommen und zerstörungssüchtig. *Ganter.*

Benedict, The insane Jew. An open letter to Dr. Beadles. The journal of mental science. July.

Beadles hatte in einer der früheren Nummern über Geisteskrankheit der Juden geschrieben. Im Anschluss hieran giebt Benedikt seine Erfahrungen wieder. Nach ihm sind die verschiedenen Formen nervöser Degeneration, wie allg. Paralyse, Ataxie etc., ferner sexuelle Störungen ausserordentlich häufig bei den Juden. Auch von den schweren Formen der Neurasthemie werden Juden-Männer und -Weiber in gleichem Masse heimgesucht. Den Grund hierfür sucht er in anthropologischen, ethischen, sozialen und wer weiss sonst noch in was für Faktoren. Er hat eine besondere „ätiologische Formel“ erfunden. *Ganter.*

Rorie, George, Post-influenzal insanity in the Cumberland and Westmoreland Asylum, with statistics of sixty-eight cases. The journal of mental science. April.

Verf. hat die in jenen beiden Anstalten aufgenommenen Fälle von Irresein nach Influenza statistisch und klinisch bearbeitet. Es war bereits aufgefallen, dass während der Influenzaperiode die Aufnahme melancholischer Kranken in verschiedenen Anstalten beträchtlich stieg. Das war auch in jenen beiden Anstalten der Fall. Verf. fand von 1890—99 im Ganzen 68 Fälle verzeichnet, in denen die Geisteskrankheit direkt oder indirekt mit der Influenza in Zusammenhang gebracht werden konnte. Unter den 68 Fällen befanden sich 34 Männer und 34 Frauen. Die Mehrzahl der Männer wurde aufgenommen in den Jahren 1892, 1893, 1894, 1895 und 1896, ihr Prozentsatz betrug jeweils 5,7, 5,9, 5,4, 6,5 und 5,1. Bei den Frauen kamen die meisten 1892 mit 12,3%, 1894 mit 5,0% und 1897 mit 6,6% zur Aufnahme. Bei den 34 Männern betrug das Durchschnittsalter bei der Aufnahme 43,8, der jüngste zählte 19, der älteste 71 Jahre. Die Frauen hatten ein Durchschnittsalter von 49,5, darunter ein Mädchen von 19 und eine Greisin von 89 Jahren.

Bei der Aufnahme zeigten von den 68 Fällen nur 22 einen annehmbaren körperlichen Gesundheitszustand.

Die Zeit zwischen dem Influenzaanfall und dem Ausbruch des Irreseins ist sehr schwankend und schwer bestimmbar. Die Freunde des Kranken geben meist nur an, dass er seit der Influenza nicht mehr wie früher gewesen sei. Die Zeit von dem Influenzaanfall bis zur Aufnahme ist manchmal so gering, dass diese direkt dem Anfall folgt, oder es vergehen mehrere Tage, Wochen, Monate, je ein Jahr. Verf. glaubt, dass bei seinen Fällen meist 1—3 Monate dazwischen lagen.

Was die Prädisposition zum Irresein betrifft, so handelte es sich bei 28 Frauen um den ersten Influenzaanfall, bei 3 Frauen um den dritten, bei zweien um den zweiten, und bei einer war es „nicht der erste". Bei den Männern war es in 29 Fällen der erste Anfall, in 2 Fällen der zweite, in einem der vierte und in einem „nicht der erste". 10 Männer und 12 Frauen waren erblich belastet. Dazu kamen nach 5 Alkoholiker und 3 Schwachsinnige und bei den Frauen eine Alkoholistin und 5 Nervöse. Meist also handelte es sich neben der Influenza noch um eine andre prädisponirende Ursache.

26 Männer litten an Melancholie, 3 an akuter Manie, 4 an Manie und einer an progressiver Paralyse. 16 Melancholiker und ein Maniakus waren suicidverdächtig. Von den Frauen litten 20 an Melancholie, 8 an Manie, eine an seniler Manie und eine an seniler Demenz. 14 Melancholische und 5 Maniakalische waren selbstmordverdächtig.

Die Prognose, besonders in den Fällen von Melancholie, ist im Ganzen günstig. Von den 26 melancholischen Männern wurden 16 geheilt, 6 ge-

bessert, einer wurde blödsinnig und 3 starben. Die 3 Fälle von akuter Manie wurden nach etwa 3 Monaten geheilt. Von den 4 Fällen von Manie wurde einer geheilt, einer gebessert und 2 starben. Von den 20 melancholischen Frauen wurden 16 geheilt und 3 starben. Von den 4 Fällen von akuter Manie genasen 3, von den 8 Fällen von Manie wurden 2 geheilt und 2 starben. Die Ursache des Todes war meist Phthisis und senile Erschöpfung. Der Anstaltsaufenthalt der Genesenen schwankte zwischen 1 und 12 Monaten. *Ganter.*

Drapes, Thomas, Phthisis and insanity: a study based mainly on the statistical returns of comparative mortality in Ireland. The journal of mental science. October.

Ist die Sterblichkeit durch Phthise bei der Bevölkerung Irlands im Allgemeinen grösser als bei den Geisteskranken in der Anstalt? Sind die Geisteskranken gerade durch ihre Geisteskrankheit mehr disponirt für Phthise als die Geistesgesunden? Diese Fragen sucht Verf. dadurch zu lösen, dass er das Verhältniss der Todesfälle in den einzelnen Lebensabschnitten feststellt. Zu Grunde gelegt hat er die Statistik nur vom Jahre 1899, was aber genügt, da das Verhältniss der Sterblichkeit an Phthise in den einzelnen Jahren nur wenig schwankt.

Verhältniss der Todesfälle durch Phthise zu den Gesammttodesfällen:

im Alter von Jahren	in Irland überhaupt %	in den Irrenanstalten %
15—25	52,5	52,3
25—35	47,9	47,0
15—35	50,3	49,3
35—45	30,0	34,8
15—45	44,2	44,3
45—55	14,4	28,3
55—65	5,1	10,7
65—75	1,1	5,4

Es sind nun nach Verf. die Jahre zwischen 15 und 45 gerade diejenigen, in denen auch in der Bevölkerung die Phthise die meisten Opfer fordert. Der Prozentsatz ist also in dieser phthisical period of life par excellence in und ausser der Anstalt fast gleich. In den folgenden Jahren aber verdoppelt, ja verfünffacht sich der Prozentsatz in den Anstalten. Da nun 68 % der aufgenommenen Kranken unter 45 Jahre alt waren, und die in einem späteren Alter aufgenommenen selten mit einer Phthise in die Anstalt kommen, so glaubt Verf., dass alle, die über 45 Jahre alt an Phthise starben, sich schon längere Zeit in der Anstalt haben befinden müssen[1],

[1]) Verf. bedauert, dass keine Statistik über die Länge des Anstaltsaufenthalts existire.

also das Anstaltsleben und nicht etwa die Geisteskrankheit an sich schuld an der hohen Phthise-Sterblichkeit sei. Dieser etwas kühne Schluss[1]) wird allerdings wohl dadurch bestätigt, dass in den einzelnen Anstalten der Prozentsatz der Todesfälle an Phthise zwischen 14,4 und 60 schwankt.

Die Schuld an dieser hohen Mortalitätsziffer schiebt Verf. auf die Ueberfüllung, ungenügende Ventilation, auf Teppiche, Polstermöbel und die unsauberen Gewohnheiten mancher Geisteskranken. Verf. ist für vollständige Isolirung der Phthisiker in besonderen Gebäuden. Sehr nett ist der Vorschlag von *Crichton Browne*, diese Gebäude (Holzbaracken) alle 10 Jahre niederzubrennen. *Ganter.*

Frank G. Hyde, Notes on the Hebrew insane. American journal of Insanity 1902, Vol. LVIII, No. 3.

Vortragender glaubt, nach dem Material des Manhattan State Hospital eine ganz bedeutende Zunahme der Geisteskrankheit unter den Juden konstatiren zu können. Von 17135 in den Jahren von 1871 bis 1900 aufgenommenen Kranken waren 1722, also 10,05 % Juden. Er sieht den Grund dafür einmal in der erhöhten Einwanderung der Juden, die, zum Theil erblich belastet, oft in die ungünstigsten sozialen und hygienischen Verhältnisse gerathen, weiter in der Neigung der ganzen Rasse zur Hysterie und Neurasthenie. Hierzu kommen häufig als weitere ätiologische Momente die Masturbation und psychische Affekte, wie Geldverluste. Dagegen spielt die Lues sowohl wie der Alkohol bei den Juden nicht die hervorragende Rolle wie bei den Christen. Die Paralyse traf er in 18,05 % seiner Fälle. Dem Juden als Patienten stellt Vortr. nicht gerade das beste Zeugniss aus. *Behr.*

---

12. **Anstaltswesen.** Ref.: Laehr-Zehlendorf.

Regnard, A., Création d'asyles spéciaux pour les aliénés criminels. Ann.-méd. psych. Juli-August.

Verbrecherische Irre, d. h. besonders gefährliche Geisteskranke, die sich bereits als solche erwiesen haben, werden am besten in Sonderanstalten verpflegt. Dass das Beispiel Englands und Nordamerikas von anderen Ländern erst so spät befolgt wurde, lag an philosophischem Vorurtheil und der landläufigen Vorstellung, dass Geisteskranke gleich anderen Kranken

[1]) Könnten nicht viele der unter 45 Jahren Aufgenommenen den Keim der Phthise mit in die Anstalt gebracht haben?



seien; man verurtheilte sie nicht und pflegte sie nur, auch wenn sie gemordet hatten. Aber die allgemeine Sicherheit geht der individuellen Freiheit vor. Also für die verbrecherischen Irren nicht gewöhnliche Anstalten, die, zumal in neuerer Zeit mit ihrem Streben nach grösster Freiheit, vor Entweichungen zu wenig schützen, sondern Sonderanstalten. Diese, mehr gefängnissartig eingerichtet, passen schon deshalb nicht in die Mitte gewöhnlicher Anstalten; zudem sind derartige besonders befestigte Abtheilungen theurer als besondere Anstalten und bieten Anlass zu häufigeren Unglücksfällen. Ob der Erweis der Gefährlichkeit erbracht ist, bevor oder nachdem die Geisteskrankheit sich herausgestellt hat, ist gleich; geisteskrank gewordene Verbrecher mit gefährlichen Neigungen sind ebenso zu bewahren wie gefährliche Geisteskranke. Will Frankreich, anderen Ländern folgend, solche Sonderanstalten bauen, so muss es nach Rechnung des Verf.'s, der in 10 Anstalten mit je 500—800 Kranken nicht weniger als 300 verbrecherische Irre fand, 2400 Plätze schaffen. Aber zunächst lasse man Vagabunden, Diebe und derartige Kranke in den gewöhnlichen Anstalten und beschränke sich auf Mörder, Brandstifter und sexuell Gewaltthätige, wozu am besten auch besonders gefährliche Kranke zu nehmen sind, die eine dauernde Gefahr für Angestellte und Mitkranke bilden. Dann sind dies kaum 1500, für die drei Sonderanstalten genügen würden. In diese Anstalten, deren Bau- und Einrichtungskosten der Staat zu übernehmen hätte, während die Unterhaltungskosten auf die einzelnen Departements nach der Zahl ihrer Kranken zu vertheilen sind, gehören also:

1. die Verurtheilten, die während ihrer Strafzeit geisteskrank werden; hier hätte der Minister des Innern die Ueberweisung zu verfügen;

2. die während der Voruntersuchung oder während des Prozesses als geisteskrank Erkannten;

3. ausnahmsweise diejenigen Geisteskranken der Anstalten, welche von den Aerzten als besonders gefährlich bezeichnet werden.

Kolb, Bayreuth, Projekt einer Wachabtheilung für unruhige Kranke. Psych. Wochenschr. No. 6.

Zweistöckiges Projekt, nur die Flügelbauten haben noch ein Stockwerk. Im Parterre die eigentliche Wachabtheilung für Unruhige, im ersten Stock die geschlossene Abtheilung für Bettbehandlung Unruhiger. In jener 3 Abtheilungen mit 2 Tagesräumen und 4 Isolirräumen. Platz für 51 Kranke, im Erdgeschoss 23, im ersten Stock 23, im zweiten Stock 5 Kranke. 1 Pfleger auf 6 Kranke.

Schrader, Pastor der Anstalt zu Lengerich, Fürsorge für die Geisteskranken. Der Pfarrbote No. 2.

Der Aufsatz bekämpft in populärer Sprache die Vorurtheile gegen Irrenanstalten und Geisteskranke.

Bericht der städtischen Irrenpflege zu Berlin pro 1899.

Dalldorf. Im Wartpersonale schieden 141 Wärter und 75 Wärterinnen aus und zwar 98 bez. 26 im ersten Dienstjahre. Am 28. Oktober Excess auf der Abtheilung für irre Verbrecher mit zum „Radau" geneigten Schwachsinnigen, Umherwerfen der Näpfe beim Essen, Zerstörung von Möbeln und Fenstern, Anzünden von Strohsäcken. Beseitigung durch Güte und Ernst und Herausdrängen in den Garten, dann Ueberwältigung. Entstehung durch Anhäufung solcher Kranken namentlich aus der Moabiter Irrenstation mit der Schwierigkeit, diese wieder in die zuständigen Provinzialanstalten los zu werden. Verbrühung eines Kindes im Bade, Pflegerin mit 14 Tagen Gefängniss bestraft. 3 Suicide, 91 Entweichungen. Besuche bei den Kranken an den festgesetzten Besuchstagen 38191. Die Unterhaltungsbibliothek hat 5950 Bände. An Schriftstücken gingen ein 21856 und aus 26581.

Bestand der Gesammtbewegung (incl. Privatanstalt, Familien und Idiotenanstalt) 2586 (1339 M. 1247 Fr.), Zugang 1448 (900 M. 548 Fr.), Abgang 1266 (835 M. 431 Fr.), blieben 2768 (1404 M. 1364 Fr.). Von diesem Bestande in Dalldorf 1544 (863 M. 681 Fr.), in 20 Privatanstalten 1056 (451 M. 605 Fr.), in Privatpflege 168 (90 M. 78 Fr.). Von Paralytischen war Bestand 404 (269 M. 135 Fr.), Zugang 354 (227 M. 127 Fr.), Abgang 375 (255 M. 120 Fr.), blieben 383 (241 M. 142 Fr.) Mit dem Strafgesetz in Konflikt gerathen waren von den Aufgenommenen 1899 286. Ausgeschieden, geheilt bezw. gebessert 669 (454 M. 215 Fr.), ungeheilt 156 (103 M. 53 Fr.), gestorben 441 (278 M. 163 Fr.), darunter 265 (181 M. 84 Fr.) paralytisch. Es starben an Lungenschwindsucht 26, an Herzleiden 148. Als Trinker waren bezeichnet 373 Personen.

In der Idiotenanstalt Bestand 204 (138 Knaben, 66 Mädchen), aufgenommen 76 (53 Kn. 23 M.), entlassen 75 (52 Kn. 23 M.), blieben 205 (139 Kn. 66 M.).

Herzberge. Abgang des Pflegepersonals 171 Personen, Entlassung wegen Dienstvergehens in 29 Fällen, Fortbildungskurse äusserst segensreich. Lohnerhöhung. Doppelbaracke für 54 körperlich schwache Männer in Betrieb genommen. Keine Suicide, 165 Entweichungen. Beträchtliche Zahl von freiwillig zur Aufnahme sich Meldenden. Dauernd bettlägerig täglich 57; Bettruhe wegen psychischen Zustandes 151. In Einzelräumen 16. Am Gottesdienst nahmen theil 132. Besuche bei den Kranken 12360. Bestand 1115 (624 M. 491 Fr.), Zugang 1260 (901 M. 359 Fr.), Abgang 1206 (850 M. 356 Fr.), blieben 1169 (675 M. 494 Fr.). In Familienpflege Bestand 135, Zugang 112, Abgang 96, blieben 151. In Privatanstalten Bestand 344, Zugang 111, Abgang 45, blieben 410. An Paralyse litten 120 (80 M. 40 Fr.), Zugang 150 (92 M. 58 Fr.), Abgang 150 (96 M. 54 Fr.), blieben 120 (76 M. 44 Fr.). Entlassen geheilt oder gebessert 687 (527 M. 160 Fr.), ungeheilt 306 (201 M. 105 Fr.), gestorben 212 (121 M. 91 Fr.). Es starben an Herzleiden 81, an Tuberkulose 13. Ausgaben 1408307 Mk., pro Kopf und Tag 2,173 Mk., in Familienpflege 1,378 Mk.

Wuhlgarten. Bestand 968 (606 M. 362 Fr.), Zugang 381 (266 M. 115 Fr.), Abgang 353 (252 M. 101 Fr.), blieben 996 (620 M. 376 Fr.), davon als Erwachsene 908, als Kinder 88. Unter den aufgenommenen 217 an Epilepsie und Hysteroepilepsie leidenden Männern waren noch 109, die als Trinker zu bezeichnen sind, unter den 71 Fr. 5 Trinkerinnen. Der Beginn der Epilepsie war bis 10 J. bei 75, bis 20 J. bei 78, bis 30 J. bei 76, bis 40 J. bei 32, bis 50 J. bei 15, über 50 J. bei 7, fraglich bei 28. Es schieden aus durch Entlassung 289 (212 M. 77 Fr.), durch Tod 64 (40 M. 24 Fr.). Es starben an Lungenschwindsucht 5, an Lungenentzündung 14, an Marasmus 8. Ausgabe 958773 Mk., pro Kopf und Tag 2,313 Mk. Neubau zu einem Ueberwachungshause für 100 Männer nebst einem Wohnhause für Assistent und Oberpfleger, sowie eines Ueberwachungshauses für 60 Frauen mit 1050000 Mk. beschlossen.

Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau pro 1900/1. (Dir. Arzt Dr. *E. Hahn.*)

280 Plätze. Bestand 229 (108 M. 121 Fr.), Aufnahme 740 (499 M. 241 Fr.), entlassen geheilt oder aus der Observation entlassen 253 (214 M. 39 Fr.), gebessert bezw. ungeheilt 365 (203 M. 162 Fr.), blieben 208 (98 M. 110 Fr.). Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 1 Tag bei 8, bis 2 Tage bei 12, bis 3 Tage bei 17, bis 5 Tage bei 36, bis 9 Tage bei 66, bis 14 Tage bei 51, bis 19 Tage bei 16, bis 24 Tage bei 7, bis 29 Tage bei 3, bis 39 Tage bei 3, bis 49 Tage bei 6, bis 74 Tage bei 3, bis 99 Tage bei 4, bis 149 Tage bei 4, bis 299 Tage bei 2, bis 2 J. bei 2. An Paralyse litten 82 (59 M. 23 Fr.). Nichtirre waren 194, darunter mit Alkoholismus 60, mit Epilepsie 26, mit Hysterie 24, mit Hystero-Epilepsie 8, mit Neurasthenie 7, mit Nervenleiden 3, mit Erregungszuständen 21, mit Hemiplegie 1, mit organischen Gehirnkrankheiten 12, mit Pneumonie-Delirien 9, mit Encephalomalacia 2, mit sonstigen Krankheiten 21, zur Beobachtung 13. Kosten 227459 Mk., pro Kopf und Jahr 314 Mk.

Bericht des Allerheiligen Hospitals zu Breslau pro 1900/1.

An Nervenkrankheiten litten 7 mit Gehirnerschütterung, 6 mit Gehirnentzündung, 5 mit tuberkulöser Hirnentzündung, 3 mit Wasserkopf, 47 mit Gehirnblutung, 5 mit Gehirnerweichung, 6 mit Gehirngeschwulst, 4 mit Rückenmarksentzündung, 8 mit Gehirnverhärtung, 28 mit Nervenentzündung, 7 mit Lähmung der peripheren Nerven, 28 mit Nervenschmerzen, 62 mit Geisteskrankheiten, 60 mit Fallsucht, 2 an Kinderkrämpfen, 2 bei Gebärenden, 45 mit Hysterie, 76 mit Nervenschwäche, 9 mit Veitstanz, 1 mit Knochenriesenwuchs, 2 mit Hitzschlag, 68 an anderen Nervenkrankheiten.

Bericht der Provinzial-Anstalt Leubus pro 1900/1. (Dir. Dr. *Alter*).

Oeffentliche Anstalt. Bestand 243 (112 M. 131 Fr.). Aufnahme 142 (65 M. 77 Fr.), Abgang 134 (62 M. 72 Fr.), blieben 251 (115 M. 136 Fr.). Heredität bei 45% der Aufgenommenen. Ursache bei ihnen Alkohol in 10 Fällen, Kopfverletzung in 5 Fällen, Influenza in 5 Fällen, operative Eingriffe in 2 Fällen, mit Paralyse 10 (9 M. 1 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt 22, unter denen 10 zur Beobachtung überwiesen. Entlassen genesen 16 (6 M. 10 Fr.), gebessert 71 (37 M. 34 Fr.), ungeheilt 20 (12 M. 8 Fr.), gestorben 27 (7 M. 20 Fr.). Todesursache in 14 Fällen Tuberkulose, 7 Entweichungen. Ausgaben 178727 Mk., pro Kopf und Jahr 727 Mk.

Pensions-Anstalt. Bestand 1901 53 (27 M. 26 Fr.).

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau pro 1900/1. (Dir. Dr. *Stöver*.)

Bestand ohne Beurlaubte und Entwichene 662 (389 M. 273 Fr.), in der Anstalt 637, in Familienpflege 25. Aufnahme 113 (50 M. 63 Fr.), entlassen nichtirre 1 M., geheilt 19 (7. M. 12 Fr.), gebessert 17 (4 M. 13 Fr.), ungeheilt 27 (17 M. 10 Fr.), gestorben 42 (21 M. 21 Fr.), blieben 669 (389 M. 280 Fr.). Heredität bei 56%. Unter den Geheilten 1 M., der alle wesentliche Erscheinungen der chronischen Verrücktheit zeigt; Krankheitsdauer 4 J., Aufenthaltsdauer 11 Mon. Todesursache in 10 Fällen Tuberkulose. 12 Entweichungen. Aufenthaltsdauer der Geheilten bei 12 unter 1/2 J., bei 4 bis 1 J., bei 3 bis 2 J. Ausgaben 279681 Mk., pro Kopf und Jahr 436 Mk., in der Familienpflege pro Kopf und Jahr 284 Mk. Ueberschuss von dem Drüsselgute an die Anstaltskasse 30878 Mk.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg pro 1899/1900.

Bestand 420 (183 M. 237 Fr.), davon beurlaubt 5 M. 11 Fr., Aufnahmen 117 (51 M. 66 Fr.), entlassen 98, davon nichtirre 5 (4 M. 1 Fr.), geheilt 17 (2 M. 15 Fr.), gebessert 20 (8 M. 12 Fr.), ungeheilt 30 (18 M. 12 Fr.), gestorben 26 (11 M. 15 Fr.), blieben 439 (191 M. 248 Fr.), davon beurlaubt 24 (10 M. 14 Fr.). Von Aufgenommenen litten an Paralyse 16 (7 M. 9 Fr.); Ursache Heredität bei 63, Trunksucht allein bei 8, neben Heredität bei 8. Bei 20 Kranken wird Trunksucht der Eltern angegeben. 8 Kranke wurden zur Beobachtung vom Gericht übergeben, über die berichtet wird. Von den Geheilten war die Aufenthaltsdauer bei 13 unter 6 Mon., bei 3 bis 12 Mon., bei 1 bis 2 J. An Tuberkulose starben 5. 8 Fälle von Erysipel, 3 Fälle von Decubitus bei Paralyse, 2 davon schon bei der Aufnahme. Einem schon einmal entwichenen Raubmörder J. gelang es, aus einer Zelle Nachts raffinirt zu entweichen. Verbleib unbekannt

geblieben, am Tage ausserhalb. Genügender Schutz ist solchen in der Anstalt nicht zu gewähren. Täglich 51 % beschäftigt, von Frauen 32 %. Ausgaben 170807 Mk., pro Kopf und Jahr 420 Mk.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt Rybnik pro 1899/1900. (Dir. Dr. *Zander*.)

Bestand 650 (346 M. 304 Fr.), Aufnahmen 216 (129 M. 87 Fr.), darunter 26 (23 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 6 mit Alkoholpsychose, nichtirre 2. Abgang geheilt 36 (17 M. 19 Fr.), gebessert 23 (16 M. 7 Fr.), ungeheilt 58 (45 M. 13 Fr.), nichtirre 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 51 (32 M. 19 Fr.). blieben 696 (364 M. 332 Fr.). Unter den Gestorbenen 20 (17 M. 3 Fr.) mit Paralyse. Den längsten Aufenthalt bei den Genesenen hatten eine Frau mit 1 J. 2 Mon. und 7 Tagen. An Tuberkulose starben 9. 2 klinische Stationen sind für je 40 Kranke gebaut. (Bewachung und Aufnahmestation für 20 im Hochparterre und Krankenabtheilung für 20 im Obergeschoss.) Auf dem Gute Josephshof für M. machte die Besorgung des Trinkwassers unerwartete Schwierigkeiten. Seit Eröffnung der Pflegestation im alten Krankenhause in Ratibor konnten 85 sieche M. abgegeben werden, in die nach Sorau 20 M. In der Pflegestation Hultschin befinden sich 40 Fr. In allen diesen Pflegestationen, auch der Männer, pflegen katholische Ordensschwestern. Die Besorgnisse deshalb sind bis jetzt nicht in Erfüllung gegangen, die Schwestern selbst unterziehen sich dem Dienste gerne. Ausgaben 352389 Mk.

Bericht der Provinzial-Heilanstalt zu Freiburg-Schlesien pro 1899.

Durch das neue Männerhaus und die Küche ist der Ausbau vorläufig abgeschlossen. Am 1. April Bestand inkl. Beurlaubung 283 M. und Knaben. 271 Fr. und Mädchen. Aufnahme 73 M. und 197 Fr., darunter 40 mit Idiotie, 11 mit Idiotie und Epilepsie, 15 mit Imbecillität, 4 mit Imbecillität und Epilepsie, 49 mit Epilepsie ohne und mit Psychose, 128 mit einfacher Psychose, 17 (8 M. 9 Fr.) mit Dem. par., 3 mit Hysterie, 3 mit Blindheit. Ursachen: 13mal Schreck, 29mal andere Gemüthsbewegungen, 1mal Fractur der Wirbelsäule. Abgang geheilt 14 (4 M. 10 Fr.), gebessert 43 (11 M. 32 Fr.), ungeheilt 97 (37 M. 60 Fr.). Gestorben 52 (22 M. 30 Fr.), davon Tuberkulose 2, an Herzlähmung 2. Bei einer Hysterischen plötzlich oft Auftreibungen des Leibes bis zu kugelrunder Gestalt, zuweilen stundenlang in Folge von Zwerchfellkrampf, tonischer Krampf mit klonischem wechselnd, anscheinend zuweilen willkürlich hervorgerufen. Es blieben 282 m. und 336 w. Pfleglinge. Die Schule besteht aus 25 Kn. und 24 M. in 3 Klassen. Kosten 208937 Mk.

Bericht der Brandenburgischen Landes-Irrenanstalt in Eberswalde pro 1901. (Dir. Dr. *K. Zinn.*)

In der Beschäftigung 55 % M. und 50 % Fr. Neubau zweier Aufnahmehäuser. Ueberfüllung. Bestand 1. Januar 1901 738 (371 M. 367 Fr.), Zugang 253 (132 M. 121 Fr.), Abgang 222 (133 M. 89 Fr.), blieben 769 (370 M. 399 Fr.), wovon 7 in Familienpflege. 27 Kranke mussten wegen Platzmangel abgelehnt werden. Unter den Aufgenommen 49 (41 M. 8 Fr.) mit Paralyse, nichtirre 2 M. Unter den Männern waren 22 Trinker, unter den Frauen 5. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 43. Unter 31 M. mit Paralyse konnte 16 mal sicher Syphilis nachgewiesen werden. Häufige Erdrosselungsversuche mit abgerissenen Hemdstreifen, mit den eigenen Haaren, unter der Bettdecke, Verschlucken von Sachen sind häufig gewesen. Eine Kranke, die vor der Aufnahme dreimal je eine Gabel, Stopfnadel und Scheere verschluckt, die durch Magenoperationen entfernt werden mussten, konnte auch hier trotz Aufsicht von 2 Wärterinnen nicht verhindert werden, Tassen oder Glas zu zerbrechen und zu verschlucken. Trotzdem ist jetzt die Hoffnung auf Genesung nicht ausgeschlossen, 2 unheilbare Kranke erhängten sich. Entlassen geheilt 21 (3 M. 18 Fr.), gebessert 72 (38 M. 34 Fr.), ungeheilt 45 (34 M. 11 Fr.), gestorben 83 (57 M. 26 Fr.). 5 Entweichungen. 1300 Besuche bei den Kranken. Der Ersatz des Pflegepersonals war nicht schwer; seit 1898 systematischer Unterricht desselben. Pflegegeld in Eberswalde pro Tag und Kopf 75 Pf., im Dorf 67 Pf. Beschreibung und Skizzen der beiden neuen Aufnahmehäuser.

Bericht der Irrenanstalt in Sorau pro 1901. (Dir. Dr. *Schmidt.*)

Das Wartpersonal wird bei seinem Eintritt einem 3 monatligen Kurse unterzogen, dann geprüft und angestellt, entweder in der Krankenpflege oder im Arbeitsdienst. Der Zuwachs der arbeitsfähigen Kranken wird durch vermehrte Aufnahme der Verblödeten verringert. Bestand Anfang Januar 1902 691 (323 M. 368 Fr.) und zwar mit Paralyse 24 (17 M. 7 Fr.), mit Alkoholismus 9 M. Gestorben 1901 40 (22 M. 18 Fr.), mit Lähmung 12 M. und 3 Fr., an Lungentuberkulose 2 M. 5 Fr., an Herzschwäche 6 Kranke, an Verbrühung im heissen Bade. In dem überfüllten Frauenhause leben noch 20 sicher tuberkulöse und 11 muthmasslich tuberkulöse Frauen. Thiocoll wirkte sichtbar günstig auf sie. Coniinum hydrobromatum gegen Epilepsie hatte keine dauernden Erfolge. Atropininjektion bei einem Falle von Darmverschlingung wirkte augenblicklich. Auch die Männerabtheilung ist überfüllt. Das geplante, mit Zeichnung versehene 6. Frauenhaus hat unten 2 grosse Wachsäle zu je 14 Betten und 8 feste Zellen, oben für weniger unruhige 44 Kranke, im Dachgeschoss Räume für 18 tuberkulöse Kranke. Luftheizungsanlage, Tonnenbetrieb der Aborte.

Bericht der Provinzial-Anstalt in Göttingen pro 1900. (Dir. Dr. *Cramer*.)

Aufgenommen 263 (120 M. 143 Fr.), entlassen 194 (93 M. 101 Fr.), gestorben 34 (25 M. 9 Fr.). Ueberfüllung. Erneuerung der Klosetanlagen nach dem Tornado-Spül-System. Anschluss an die städtische Wasserleitung. Um die Einschleppung infektiöser Krankheiten zu verhüten, werden alle neuen Kranken zunächst isolirt. Die Ratten wurden vertilgt. Einrichtung einer Niederdruckdampfheizung. Nur 30 Fluchtversuche, gelungene 7. Isolirungen bei Männern 1,17 %, bei Fr. 2,42 %. Einrichtung der Familienpflege; vom 2. Januar bis 1. April wurden 17 Kranke in den Dörfern Grone, Elliehausen, Ellershausen und Hetjershausen untergebracht. Es würden noch 50 folgen können, wenn die Kranken da wären. Um so mehr wurden Kranke in der Anstalt arbeitsfähig, die bisher hindämmerten. Ausgeschlossen von Familienpflege Alkoholiker, Epileptiker und Paralytiker. 13 Selbstmordversuche, von denen nur 1 gelang. Zur Beobachtung übergeben 12, von denen 4 nicht geisteskrank waren. Eine Anweisung für die Familienpfleger ist beigefügt.

Bericht der Provinzial-Heilanstalt zu Osnabrück pro 1900. (Dir. Dr. *Schneider*.)

Bestand 504 (209 M. 295 Fr.), Zugang 69 (41 M. 28 Fr.), Abgang geheilt 11 (4 M. 7 Fr.), gebessert 20 (12 M. 8 Fr.), ungebessert 10 (5 M. 5 Fr.), nichtirre 2 M., gestorben 26 (11 M. 15 Fr.), blieben 504 (216 M. 288 Fr.). Aufgenommen mit Paralyse 9 (7 M. 2 Fr.), in Folge von Alkohol 7, von Syphilis 4, Influenza 3, Trauma 4, Gehirnentzündung 3. Aufenthalt der Geheilten bei 7 bis 3 Mon., bis 1 J. bei 2, länger bei 2. Todesursache bei 3 Herzfehler, bei 5 Lungenentzündung, bei 4 Phthisis, bei 1 Suicid. Grosser Wechsel des weiblichen Personals; jetzt besseres Gehalt und Aussicht auf Pension und Wittwen- und Waisenversorgung. Im Sommer Gartenkonzerte, Ueberfüllung. 2 Fluchtversuche.

Bericht der Provinzial-Anstalt Hildesheim pro 1899/1900. (Dir. Dr. *Gerstenberg*.)

Bestand 746 (426 M. 320 Fr.), aufgenommen 371 (156 M. 215 Fr.), abgegangen geheilt 55 (19 M. 36 Fr.), gebessert 30 (17 M. 13 Fr.), ungeheilt 174 (70 M. 104 Fr.), nichtirre 13 M., gestorben 70 (30 M. 40 Fr.), blieben 775 (433 M. 342 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 36 (25 M. 11 Fr.), mit Epilepsie 22, zur Beobachtung 20, mit Heredität 119, mit Trunksucht 22, mit Syphilis 4, mit Trauma 4, mit Influenza 4. Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Geheilten unter 6 Wochen bei 39, bis 3 Mon. bei 11, bis 6 Mon. bei 2, bis 12 Mon. bei 2, bis 2 J. bei 1; deren

Aufenthaltsdauer unter 6 Wochen bei 3, bis 3 Mon. bei 21, bis 6 Mon. bei 18, bis 12 Mon. bei 10, bis 2 J. bei 5. In der Ackerbaukolonie war Bestand März 1900 82. Ausgaben 833938 Mk.

Die alte Station für unruhige Frauen ist gänzlich umgebaut und freundlich geworden. Andere Umbauten und Wassermangel führten längere Schwierigkeiten herbei. Die Wärternoth bedarf durchaus einer Besserung der Gehälter. Ueberfüllung; es mussten 60 Aufnahmegesuche abgelehnt werden. Schilderung der zur Beobachtung aufgenommenen 22 Personen. Unter den 70 Gestorbenen 14 (10 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 12 mit Tuberkulose, 1 an Suicid.

Bericht der Provinzial-Anstalt Langenhagen bei Hannover pro 1900/1. (Dir. Dr. *Völker*.)

Bestand 697 (417 M. 280 Fr.), aufgenommen 67 (45 M. 22 Fr.), entlassen gebessert 6 (4 M. 2 Fr.), ungebessert 10 (4 M. 6 Fr.), gestorben 39 (21 M. 18 Fr.), blieben 709 (433 M. 276 Fr.). An Epilepsie blieben 151. Unter Aufgenommenen 67 mit Heredität, bei 11 war Vater potator, bei 12 Tuberkulose in der Familie. 16 starben an Tuberkulose. Bei einer 9jähr. Idiotin war der Magen wie ausgegossen mit Holzspänchen. Ausgaben 339,579 Mk. Noth im Wartpersonal.

Bericht der Provinzial-Anstalt zu Owinsk pro 1900/1. (Dir. Dr. *Werner*.)

Terrain 33 ha. Bestand 681 (325 M. 356 Fr.) excl. Beurlaubter, aufgenommen 138 (72 M. 66 Fr.), abgegangen in Folge von Beurlaubung und endgültiger Entlassung 66 (39 M. 27 Fr.), entwichen 2 M., gestorben 56 (32 M. 24 Fr.), blieben 695 (324 M. 371 Fr.). Abgang geheilt 21 (10 M. 11 Fr.), gebessert 35 (24 M. 11 Fr.), ungeheilt 11 (6 M. 5 Fr.), nichtirre 1 M. Es starben an Tuberkulosis 18, an Herzleiden 6. Feuerversicherung 1 509 700 Mk. der Gebäude, 378 900 Mk. des Mobiliars. Männer beschäftigt 50 %, der Frauen 60 %. Ausgaben 326 952 Mk., pro Kopf und Jahr 477 Mk.

Bericht der Provinzial-Anstalt zu Dziekanka pro 1899/1900. (Dir. Dr. *Kayser*.)

Bestand 590 (283 M. 307 Fr.), Zugang 219 (121 M. 98 Fr.), Abgang genesen 39 (18 M. 21 Fr.), gebessert 25 (16 M. 9 Fr.), ungeheilt 45 (24 M. 21 Fr.), nichtirre 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 59 (31 M. 28 Fr.), blieben 686 (312 M. 324 Fr.). Aufgenommen mit progr. Paralyse 26 (21 M. 5 Fr.), periodischem Irresein 12, mit Heredität 39 %, mit dem Strafgesetz in Konflikt 35. Abgang der Genesenen bis 6 Mon. bei 23, bis 12 Mon. bei 11,

bis 2 J. bei 2, bis 3 J. bei 2, bis 5 J. bei 1. Todesursache bei 10 Tuberkulosis, bei 9 Pneum. lobaris. Terrain 26 ha. Ueberfüllung. 14 Familien in Wärterwohnhäusern. Eigene Schlächterei bewährte sich. Ausgaben: 281642 Mk., pro Tag und Kopf 4,204 Mk.

Bericht der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt in Neustadt pro 1900/1. (Dir. Dr. *Rabbas.*)

Bestand 479 (239 M. 240 Fr.), Aufnahme 85 (53 M. 32 Fr.), entlassen geheilt 14 (8 M. 6 Fr.), gebessert 11 (6 M. 5 Fr.), ungeheilt 9 (6 M. 3 Fr.), gestorben 39 (22 M. 17 Fr.), blieben 491 (250 M. 241 Fr.). Mit Paralyse aufgenommen 13 M., mit Alkoholismus keiner, nichtirre 1 M., mit Heredität 32, mit dem Strafgesetz in Konflikt 22. Bettruhe bei durchschnittlich 73 M. und 77 Fr. 4 Kranke mussten mit der Sonde gefüttert werden. 3mal Othämatom, 6mal Decubitus. Eine Herzerweiterung ging zurück. Wasserstoffsuperoxyd war bei Decubitus günstig. 5 Entweichungsversuche. Ein durch Wahnvorstellungen verschluckter Glassplitter von 2 cm konnte durch Operation aus der Speiseröhre entfernt werden. Es arbeiteten 35 %. In der Landwirthschaft 48 ha. Ausgaben 276819 Mk.

Bericht der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Conradstein pro 1900/1. (Dir. Dr. *Kroemer.*)

Bestand 711 (344 M. 367 Fr.), darunter mit Paralyse 37 (28 M. 9 Fr.), Zugang 235 (127 M. 108 Fr.), mit Paralyse 19 (10 M. 9 Fr.), Abgang geheilt 33 (14 M. 19 Fr.), gebessert 29 (16 M. 13 Fr.), mit Paralyse 1 M., ungeheilt 34 (22 M. 12 Fr.), mit Paralyse 1 Fr.), gestorben 77 (30 M. 47 Fr.), mit Paralyse 15 (10 M. 5 Fr.), blieben 771 (387 M. 384 Fr.), mit Paralyse 39 (27 M. 12 Fr.). Krankheitsursache der Aufgenommenen bei 17 Epilepsie, bei 13 Trauma, bei 13 Syphilis, bei 40 Trunksucht, bei 2 Isolirhaft, bei 104 Heredität, in Konflikt mit dem Strafgesetz bei 58. 3 zur Beobachtung übergeben, davon 1 nichtirre und 1 mit mildernden Umständen. Ueberfüllung. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 3 Mon. bei 8, bis 6 Mon. bei 9, bis 1 J. bei 10, darüber bei 6; Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 14 bis 1 Mon., bis 3 Mon. bei 6, bis 6 Mon. bei 5, bis 1 J. bei 4, darüber bei 4. Bettruhe 28 %. Es starben an Tuberc. pulm. 12, an Herzschwäche 10. Durchschnittlich arbeiten 326. Ausgaben 424126 Mk. 2 Landhäuser für je 60 Kranke. 6 Pavillons 3. Klasse für je 60 Kranke, 2 zweiter Klasse für je 20 Kranke, 4 Wohnungen für je 2 Wärterfamilien mit Erholungsräumen, ein Beamtenwohnhaus und 1 Gewächshaus sind projektirt.

Bericht der Irrenanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau pro 1900.

Allenberg, Dir. Dr. *Dubbers.* Bestand 833 (429 M. 404 Fr.), aufgenommen 226 (122 M. 104 Fr.), ausgeschieden genesen 49, gebessert 42, ungeheilt 15, gestorben 74, nicht geisteskrank 5. 45 % regelmässig beschäftigt.

Kortau. Bestand 980 (414 M. 566 Fr.), aufgenommen 248 (118 M. 130 Fr.), ausgeschieden 212 (88 M. 124 Fr.), blieben 1016 (444 M. 572 Fr.). 9 Entweichungen. An Lungenschwindsucht starben 36. 3 neue Wärterhäuser für je 4 Familien sind gebaut.

Tapiau. Bestand im Beginn 64 besonders gemeingefährliche Kranke. Aufgenommen 15, 8 davon aus den beiden Irrenanstalten. Ausgeschieden 11. Am Ende des Jahres 68, entsprechend der höchsten Belegungsfähigkeit.

Bericht der Westpreussischen Provinzial-Anstalt zu Schwetz pro 1900/1. (Dir. Dr. *Schauen.*)

Bestand 438 (223 M. 215 Fr.), aufgenommen 77 (39 M. 38 Fr.), ausgeschieden 58. Unter den Aufnahmen mit Paralyse 9 (7 M. 2 Fr.), mit Heredität 29. Entlassen geheilt 13 (9 M. 4 Fr.), gebessert 11 (3 M. 8 Fr.), ungeheilt 3 (1 M. 2 Fr.), gestorben 28 (15 M. 13 Fr.). Untersuchungsgefangene 3 M. Aufenthaltsdauer der Geheilten bei 1 M. bis 1 Mon., bei 3 bis 2 Mon., bei 1 bis 3, bei 1 bis 4, bei 2 bis 5, bei 1 bis 8, bei 1 bis 12 Mon., bei 3 bis 2 Jahre. Todesursache bei 1 Herzlähmung, bei 6 Lungentuberkulose. Die 3 Untersuchungsgefangenen psychisch krank, Krankengeschichten. Musikkapelle aus Wärtern und Kranken. Ausgaben 236734 Mk, pro Kopf und Tag 1,43 Mk. Lebhafter Wechsel im Wartpersonal. 4 ha. Terrain wurden aus der Umgebung zugekauft.

4. Bericht der Pommerschen Provinzial-Anstalt zu Ueckermünde vom 1. April 1895 bis 31. März 1900. 84 S. 4°. Mit 5 Illustrationen und 2 Plänen.

25jähr. Jubiläum der Anstalt. Geschichtlicher Bericht vom Direktor Dr. *Knecht.* Der vorliegende Bericht umfasst die letzten 5 Jahre. Darin eine Erweiterung bis zu 515 Kranken und innere Reformbauten: 2 Beobachtungs- und 2 Isolirgebäude, Wirthschaftsgebäude, Leichenhalle, Wirthschaftshof mit Wohnräumen für 8 Kranke, Beamtenwohnhaus. Beschreibung derselben. Für die Häuser der Unruhigen Korridorsystem. Kosten der Erweiterung 710705 Mk., daher insgesammt 1569800 Mk. ohne Terrain, welches jetzt 78 ha umfasst. Versuch der Privatpflege im 2 km entfernten Dorfe Liepgarten. Die Anstalt giebt Bettstelle, Kleidung, Bett- und Leibwäsche, monatlich 20 Mk. und besorgt die Wäsche, für w. Kranke mit ruhigem Stumpfsinn, die sich in der Anstalt nicht beschäftigen. Der Erfolg

befriedigt. Für Bettbehandlung auf der männlichen Abtheilung 68 Betten, davon 23 in den beiden Wachsälen, auf der weiblichen 118 Betten, davon 38 in den 3 Wachsälen, für welche einfachere Kost. Bei Frauen wiederholt Schlundsonde nöthig. Beschäftigung bei 58 % M. und bei 36 % Fr. Werth auf Besuche der Kranken in den Abtheilungen für bettlägerige und unruhige Kranke gelegt. Im Durchschnitt konnten 49 % genesen und gebessert nach Hause entlassen werden. Influenza kam wiederholt, im letzten Winter mit 35 Erkrankungen und 10 Todesfällen vor. Es starben im letzten Jahre 13 an Tuberkulose, die im 3. Theil nachweislich in die Anstalt gebracht waren. 5 Suicide in den 5 Jahren. Entweichungen zwischen 12 und 21 Fällen im Jahre, meist von den Arbeitsstellen. Das Gehalt der Wärter beginnt jetzt mit 400 Mk., steigt jährlich um 30 Mk. bis 640 Mk., bei Frauen mit 240 Mk. bis 450 Mk. Gleichzeitig 1 Wärter auf 7 Kranke. Pflegerinnenschulen empfohlen.

Dr. *Schroeder*, Statistische und klinische Mittheilungen. Im Jahre 1899 war Bestand 510 (244 M. 266 Fr.), Zugang 174 (90 M. 84 Fr.), Abgang 191, davon geheilt 4 (1 M. 3 Fr.), gebessert 18 (8 M. 10 Fr.), ungeheilt 11 (4 M. 7 Fr.), gestorben 50 (20 M. 30 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Dem. par. 31 (21 M. 10 Fr.). 4 Beispiele der Schwierigkeiten bei Dem. par. Bei den Männern überwiegt die Paralyse und der Alkoholismus, bei den Frauen die Dementia praecox. Ursachen: bei 56 der Aufgenommenen Heredität, Trunksucht bei 24, der Eltern bei 17, Trauma bei 7, Lues bei 6, Gemüthsbewegung bei 13. Klagen über die Zuführung irrer Verbrecher. Aufenthaltsdauer der Geheilten bei 4 bis 3 Mon., bis 6 Mon. bei 6, bis 12 Mon. bei 1. Im J. 1895 konnte ein Kranker nach 5jähr. Behandlung genesen entlassen werden. An Dem. par. starben 1899 12 (8 M. 4 Fr.). Eine Kranke starb nach andauernder Nahrungsverweigerung an Skorbut.

Dr. *Dingel*, Bericht über die forensischen Fälle. Im letzten Jahre wurden 10 zur Beobachtung übergeben, in den 5 J. 28 Personen. Bei 18 M. war die That im geisteskranken Zustande ausgeübt, bei 3 nicht Geisteskrankheit, bei 1 Minderwerthigkeit, daher mildernde Umstände. Die 6 Frauen geistig gestört. In 6 Fällen lag Alkoholpsychose vor. Von einem jeden Fall wird eine kurze Schilderung gegeben.

Dr. *Dingel*, Ueber traumatische Psychosen. 6 Fälle werden mitgetheilt, wo nur Trauma als Ursache nachzuweisen war; nicht immer ist schwere Verletzung nöthig. Bald folgt die Psychose früh, bald später, freie Intervalle kommen nicht vor. Mannigfaltig ist das Krankheitsbild, wenn auch in mancher Beziehung übereinstimmend. Kein Fall genas.

Luther, Tetanie und Psychose. Fall, bei dem erst nach längerem Bestehen einer Psychose tetanische Krämpfe kamen, die nach zweitägiger Dauer wieder verschwanden. Tod. Krankheitsbild einer halluzinatorischen Verwirrtheit mit heftigen delirösen Erregungszuständen und zeitweiser Depression. Das Gehirn makroskopisch wie bei Paralyse.

Dr. *Beck*, Ueber Pachymeningitis haemorrhagica interna. Nicht immer bei Paralytikern zu finden. Hier nur die cerebrale Form zu verstehen. Die gegebene Statistik beschäftigt sich mit Pachymeningitis bei nicht paralytischen Geisteskranken. Die Gesammtzahl der Sektionen in den 5 Jahren beträgt 164. Darunter 54 Paralytiker, bei letzteren 40 % mit Pachymeningitis. Bei Nichtparalytischen fand sie sich in 19 %. Kosten 1899 268029 Mk.

8. Bericht der Provinzial-Anstalt Freiburg-Schlesien. (Dir. Dr. *Buttenberg*.)

Bestand am 1. April 1900, inkl. Beurlaubte 618 (282 M. 336 Fr.), Aufnahme 129 (39 M. 90 Fr.), in letzteren 9 (4 M. 5 Fr.) mit Dem. par., entlassen geheilt 10 (2 M. 8 Fr.) gebessert 18 (13 M. 5 Fr.), ungeheilt 30 (8 M. 22 Fr.), gestorben 37 (9 M. 28 Fr.). Es starben an Tuberkulose 4. Es blieben 634 (291 M. und Knaben, 343 Fr. und Mädchen). Schule von 35 Kn. und M. besucht. Bestand des Pflegepersonals 69. Ein Pflegerinnenheim neben dem Speisesaale. Ausgaben 228067 Mk.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Plagwitz pro 1900. (Dir. Dr. *Petersen-Borstel*.)

Ende März 1900 Bestand 558 (314 M. 244 Fr.), Aufnahme 100 (60 M. 40 Fr.), Abgang geheilt 21 (9 M. 12 Fr.), gebessert 24 (20 M. 4 Fr.), ungeheilt 6 (5 M. 1 Fr.), versetzt 6 (5 M. 1 Fr.), nichtirre 1 M., gestorben 49 (24 M. 25 Fr.), blieben 551 (310 M. 241 Fr.), beurlaubt Ende März 1901 17 (13 M. 4 Fr.). Mit Paralyse Bestand 1900 49 (31 M. 18 Fr.), Aufnahmen 19 (16 M. 3 Fr.), gestorben 17 (13 M. 4 Fr.), entlassen 2 M., blieben 49 (32 M. 17 Fr.), beurlaubt 1 M. 9 Kranke direkt aufgenommen, 15 Kranke mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Zur Beobachtung ein 19jähr. Schlosserlehrling, der seine Schwester erschlagen und die Mutter durch Beilhiebe schwer verletzt, am Tage vorher die Tante raffinirt bestohlen hatte; während 6 wöchiger Beobachtung konnte Geistesstörung nicht ermittelt werden. Bei 50 aufgenommenen Kranken Heredität; Ursache bei 12 Alkoholismus, bei 3 Syphilis, bei 3 Influenza. Es starben an Herzkrankheit 3, an Lungenentzündung 6, an Tuberkulose 9, an Typhus 2. 8 Entweichungen. Ausgaben 249461 Mk.

Bericht der Westphälischen Provinzial-Irrenanstalten pro 1899.

Bestand 1. April 1899 2251 Kranke, Aufnahme 576, Abgang 538, davon geheilt 100, gebessert 110, gestorben 143. Aufnahmegesuche 821, davon abgelehnt 248. Freijahr bewilligt 11. Von den Aufgenommenen

erheblich belastet 170. Die Durchschnittskosten inkl. 4 % Anlagekapital betrugen 868 Mk. für Marsberg, 857 für Lengerich, 801 für Münster, 848 für Aplerbeck, 794 für Eickelborn, in letzterer nur 3. Klasse und Gutsverwaltung.

Marsberg, Direktor Dr. *Rubarth.* Bestand 436 (223 M. 213 Fr.), Aufnahmen 149 (89 M. 60 Fr.), Abgang 133, davon geheilt 34 (21 M. 13 Fr.), gebessert 27 (12 M. 15 Fr.), ungeheilt 31 (16 M. 15 Fr.), gestorben 39 (20 M. 19 Fr.), beobachtet 2 M. Aufnahmegesuche 184, wovon wegen Raummangel abgelehnt 39. Unter den Aufgenommenen 6 (5 M. 1 Fr.) mit Paralyse. 1 M. zur Beobachtung war nicht irre; 75 von vornherein unheilbar. Ursache Influenza, Typhus bei 22, Kopfverletzung bei 5, Trunksucht bei 5; Heredität bei 27 %. Krankheitsdauer der Geheilten bei 8 im 1. Mon., bis 3 Mon. bei 14, bis 6 bei 5, bis 12 bei 3, unbekannt bei 4. Aufenthaltsdauer derselben bis 3 Mon. bei 13, bis 6 bei 11, bis 12 bei 8, über 1 J. bei 2, durchschnittlich $5^3/_5$ Mon. Terrain um 9 ha vermehrt. Bestand April 1900 452 (241 M. 211 Fr.). Todesursache: Lungentuberkulose bei 2, Influenza bei 5, Suicidium bei 2. Ausgaben 354449 Mk.

Lengerich, Direktor Dr. *Schaefer.* 40 Gesuche wegen Platzmangel auf der Abtheilung für Unruhige abgelehnt. 13 Beurlaubungen. Bestand 395 (202 M. 193 Fr.), Zugang 99 (65 M. 34 Fr.), Abgang geheilt 16 (10 M. 6 Fr.), gebessert 20 (13 M. 7 Fr.), beurlaubt 2 (1 M. 1 Fr.), beobachtet 2 M., ungeheilt 19 (7 M. 12 Fr.), gestorben 11 (6 M. 5 Fr.), blieben 424 (228 M. 196 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 11 (9 M. 2 Fr.), bei 34 nachgewiesene Heredität. Für unruhige Frauen Beobachtung eingeführt. Isolirabtheilung nicht überflüssig. 10 Militärpersonen, veranlasst durch die Militärzeit. Kündigung des Pflegerinnenpersonals aus Bielefeld. Grosser Wechsel im Pflegerpersonale trotz Lohnerhöhung. Arbeit der Männer 70 %, die der Frauen 65 %.

Münster, Direktor Dr. *Gerlach.* Bestand 449 (208 M. 241 Fr.), Zugang 105 (67 M. 38 Fr.), Abgang beobachtet 9 (8 M. 1 Fr.), geheilt 25 (11 M. 14 Fr.), gebessert 20 (11 M. 9 Fr.), ungeheilt 35 (21 M. 14 Fr.), gestorben 27 (16 M. 11 Fr.), blieben 438 (208 M. 230 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 9 (8 M. 1 Fr.). Todesursache bei 12 (7 M. 5 Fr.) mit Paralyse, Lungentuberkulose bei 1, Herzleiden bei 5. Ausgaben 304594 Mk., pro Kopf und Tag 114 Pf.

Aplerbeck, Direktor Dr. *Backenköhler.* Bestand 476 (247 M. 229 Fr.), Aufnahmen 196 (99 M. 97 Fr.), Abgang geheilt 24 (9 M. 15 Fr.), gebessert 43 (23 M. 20 Fr.), beurlaubt 4 (2 M. 2 Fr.), beobachtet 12 (9 M. 3 Fr.), ungeheilt 68 (33 M. 35 Fr.), gestorben 42 (22 M. 20 Fr.), blieben 483 (250 M. 233 Fr.). Unter den Aufnahmen mit Paralyse 17 (16 M. 1 Fr.), mit Heredität 57 (24 M. 33 Fr.). Todesursache 8mal Lungenentzündung, 5mal Lungentuberkulose, 6mal Herzleiden, 12mal (8 M. 4 Fr.) Lähmung, 2mal Suicid. Ausgaben 329666 Mk. 64 Aufnahmeanträge wegen Platzmangel abgelehnt. Von den 10 zur Beobachtung Ueberwiesenen

waren 5 nichtirre. Bei den mit Paralyse aufgenommenen 17 Kranken war 7mal Lues nachweisbar; ausgesprochene Trunksucht bei 16. Aufenthaltsdauer der Genesenen bis 2 Mon. bei 1, bis 4 Mon. bei 4, bis 6 bei 6, bis 8 bei 5, bis 10 bei 2, bis 12 bei 4, über 1 J. bei 2.

Eickelborn, Direktor Dr. *Schroeder*. Bestand 502 (258 M. 244 Fr.), aufgenommen 27 (14 M. 13 Fr.), Abgang geheilt 1 Fr., ungeheilt 3 Fr., in andere Anstalten 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 24 (14 M. 10 Fr.), blieben 499 (257 M. 242 Fr.), darunter mit Paralyse 8 (6 M. 2 Fr.). Von 12 Aufnahmeanträgen mussten 11 abgelehnt werden. Die Heilung betraf eine 79jähr. Polin, welche aus Trunksucht in Melancholie verfallen war; dadurch steigt die Zahl der bisher geheilten Fälle auf 16. Bettlägerig 26 %, beschäftigt 19 %. Kosten pro Kopf und Jahr 283 Mk. Ausgaben überhaupt 212870 Mk.

Berichte der Provinzial-Anstalten Westfalens zu Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Eickelborn pro 1900. 105 S.

In ihnen Bestand am 1. April 1900 2296 Kranke, Aufnahme 675, Abgang geheilt 116, gebessert 95, gestorben 148, blieben 31. März 1901 2465. Aufnahmegesuche 1024, davon abgelehnt 331, meist wegen Platzmangel. Von den Aufgenommenen erblich belastet 204.

Marsberg. Bestand 452 (241 M. 211 Fr.), Aufnahme 204 (113 M. 91 Fr.), entlassen geheilt 53 (34 M. 19 Fr.), gebessert 32 (11 M. 21 Fr.), ungeheilt 28 (17 M. 11 Fr.), gestorben 37 (20 M. 17 Fr.), beobachtet 2 M., blieben 504 (270 M. 234 Fr.). Von 292 Aufnahmegesuchen konnten wegen Raummangel 58 nicht gewährt werden. Bei den Aufgenommenen war Ursache der Erkrankung 6 mal Fieberkrankheiten, 12 mal Kopfverletzungen, 19 mal Schwangerschaften, 22 mal Trunksucht. Bei Paralyse als Ursache angegeben 2 mal Lues, 4 mal Trunksucht, 1 mal Kopfverletzung, 1 mal un bekannt. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den Geheilten 1 Mon. bei 15, bis 3 Mon. bei 22, bis 6 Mon. bei 3, bis 12 Mon. bei 2, bis 2 J. bei 4, unbekannt bei 7. Deren Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 12, bis 6 Mon. bei 19, bis 1 J. bei 16, über 1 J. bei 6. Es starben an Phthise 3, an Herzlähmung 2, an Suicid 1. Ausgabe pro Kopf und Jahr 589 Mk., mit Berechnung des Anlagekapitals 735 Mk.

Lengerich. Bestand 424 (228 M. 196 Fr.), Zugang 156 (75 M. 81 Fr.), Abgang geheilt 15 (9 M. 6 Fr.), gebessert 23 (13 M. 10 Fr.), ungeheilt 37 (17 M. 20 Fr.), beurlaubt 1 M., gestorben 30 (14 M. 16 Fr.), beobachtet 6 (5 M. 1 Fr.), blieben 468 (244 M. 224 Fr.). Es starben an Herzschwäche 1, an Phthisis 1. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den Geheilten bis 4 Wochen bei 4, bis 3 Mon. bei 6, bis 6 Mon. bei 3, bis 1 J. bei 1, bis 2 J. bei 2. Deren Aufenthaltsdauer bei 7 bis 3 Mon., bei 6 bis 6 Mon.,

bei 1 bis 1 J. Kosten pro Kopf und Jahr 603 Mk., mit Rechnung des Anlagekapitals 756 Mk.

Münster. Bestand 438 (208 M. 230 Fr.), Zugang 110 (60 M. 50 Fr.), Abgang geheilt 16 (7 M. 9 Fr.), gebessert 16 (6 M. 10 Fr.), ungeheilt 25 11 M. 14 Fr.), gestorben 27 (15 M. 12 Fr.), beobachtet 6 M., beurlaubt 6, blieben 458 (223 M. 235 Fr). Tod an Phthisis 1, an Herzleiden 2. Die Hälfte der Aufnahmegesuche musste wegen Platzmangel abgelehnt werden. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 4 Mon. bei 2, bis 6 Mon. bei 2, bis 10 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 3, über 1 J. bei 5. Kosten pro Kopf und Jahr 598 Mk., mit Anrechnung des Anlagekapitals 778 Mk.

Aplerbeck. 200 M. für 195000 Mk. 22 Häuser. Am 15. April 1895 Aufnahme der ersten Kranken. Für 500 Kranke und zwar 200 mit offenen Thüren. In keinem Hause mehr als 30. Schwemmkanalisation. Elektrische Beleuchtung. Heizung verschiedener Art, zumeist Dampfluftheizung. Zwei Familienhäuser für Handwerker und Pfleger. — Bestand 483 (250 M. 233 Fr.), Aufnahme 182 (89 M. 93 Fr.), Abgang geheilt 31 (12 M. 19 Fr.), gebessert 24 (7 M. 17 Fr.), beurlaubt 1 Fr., beobachtet 13 (11 M. 2 Fr.), ungeheilt 26 (12 M. 14 Fr.), gestorben 36 (23 M. 13 Fr.), blieben 535 (274 M. 261 Fr.). Todesursache bei 6 Herzschwäche, bei 3 Krebs, bei 3 Tuberkulose. Ausgabe pro Kopf und Jahr 585 Mk., mit Rechnung des Anlagekapitals 796 Mk. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 2 Mon. bei 4, bis 6 Mon. bei 14, bis 10 Mon. bei 10, bis 12 Mon. bei 2, über 1 J. bei 1.

Eickelborn, Provinzial-Pflegeanstalt. Bestand 499 (257 M. 242 Fr.), Zugang 23 (10 M. 13 Fr.), Abgang 22 (9 M. 13 Fr.), blieben 500 (258 M. 242 Fr.). Geheilt entlassen 1 M., ungeheilt 1 Fr., gestorben 18 (6 M. 12 Fr.), in andere Anstalt 2 M. Bettlägerig 26 %, beschäftigt 19 %. Kosten pro Kopf und Jahr 317 Mk., mit Anrechnung des Anlagekapitals 380 Mk.

Unterstützungsfonds für entlassene hülfsbedürftige Geisteskranke, hauptsächlich aus dem Arbeitsverdienste der Kranken für auswärtige Arbeiten, um aus den Zinsen guten Arbeitern eine Anerkennung, sowie abgehenden Kranken eine Unterstützung zu gewähren, auch früher in einer Provinzial-Irrenanstalt untergebrachten und einer Privatanstalt überwiesenen, auch Familienangehörigen und für das Porto bedürftiger Kranker an deren mittellose Angehörigen. Bei solcher Unterstützung betrug 1900 die Einnahme 3227 Mk. und die Ausgabe 2039 Mk. Das Kapitalvermögen betrug Ende März 1900 auf 28024 Mk.

Bericht der Provinzial-Anstalt zu Weilmünster pro 1899/1900. (Dir. Dr. *Langreuter*.)

Bestand 361 (163 M. 198 Fr.), Zugang 143 (71 M. 72 Fr.), Abgang 97, davon geheilt 19 (10 M. 9 Fr.), gebessert 22 (13 M. 9 Fr.), ungeheilt 11 (7 M. 4 Fr.), entwichen 5 M., gestorben 40 (21 M. 19 Fr.), blieben 407 (178 M. 229 Fr.). 9 Freistellen. Mit Paralyse aufgenommen 16 M. u. 7 Fr.

Ursache Alkohol bei 11, Lues bei 7, Kopfverletzung bei 2, Schrecken bei 2, mit Strafgesetz in Konflikt 28. Todesursache bei 4 Herzfehler, Tuberkulose bei 4, Suicid bei 1, der sich nachts auf dem Wachsaal mit einem Rasiermesser den Hals durchschnitt unter dem Deckbett. Kapelle für 120 eingeweiht. Grosser Wechsel des Wartpersonals. Sondenfütterung bei 12. Influenza bei 81. 13 Entweichungen, davon 1 ganz entschwunden. Kosten 234 129 Mk.

Pro 1900/1901: Zugang 208 (119 M. 89 Fr.), von Entweichung zurück 1 M., Abgang 100 (55 M. 45 Fr.), blieben 516 (243 M. 273 Fr.). Unter Aufnahme 24 (19 M. 5 Fr.) mit Paralyse. Entlassen geheilt 14 (4 M. 10 Fr.), gebessert 25 (15 M. 10 Fr.), ungeheilt 13 (5 M. 8 Fr.), entwichen 1 M. Es starben an Herzfehler 7, an Tuberkulose 6. Besondere Abtheilung für Tuberkulöse. Wandelbahnen zweckmässig. Errichtung von Familienwohnungen für Wärter unabweislich. Fast das ganze Personal ist einmal erneuert. Manche Klage über die Unruhe in den Wachsälen. In ständiger Bettpflege 90—100. Gegen „zellenlose“ Behandlung. Künstliche Ernährung 5 mal. 23 Entweichungen. Beschäftigt 75 Männer, 60 Frauen. Ausgaben 296035 Mk.

Bericht der Heilanstalt Eichberg pro 1899/1900.

Bestand 637 (321 M. 316 Fr.), Zugang 192 (116 M. 76 Fr.), Abgang 172 (98 M. 74 Fr.), davon geheilt 29 (13 M. 16 Fr.), gebessert 57 (35 M. 22 Fr.), ungeheilt 23 (17 M. 6 Fr.), Nichtirre 3 M., gestorben 60 (30 M. 30 Fr.), blieben 657 (339 M. 318 Fr.). Zum ersten Male wurden 7 Soldaten nach Uebereinkommen aus dem Bezirk des 18. Armeekorps zur Beobachtung überwiesen und geistesschwach befunden. 15 Aufgenommene hatten bereits Freiheitsstrafen erlitten. 57 der Aufnahmen waren muthmasslich heilbar, mit Paralyse 16 (13 M. 3 Fr.), zur Beobachtung 13. 24 % wiederholt aufgenommen, in sehr vielen Fällen gegen ärztlichen Rath früher entlassen; Ursache bei 4 M. Lues, bei 21 Trunksucht. Heredität bei 64 (33⅓ %) nachweisbar. 12 Entweichungen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Geheilten unter 3 Mon. bei 25, bis 6 Mon. bei 3, über 6 Mon. bei 1; Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 10, bis 6 Mon. bei 11, bis 12 Mon. bei 6, länger bei 2. Es starben an Phthise 6, an Herzleiden 13, an Nierenkrankheiten 5, an Carcinom 3. Freistellen an 14 Kranke. Vom männlichen Wartpersonal schieden aus 63 %, vom weiblichen 46 %. Belehrungskurse. Dienstprämien von je 200 Mk. nach 6 J. an 6. In Kolonie Wachholderhof 74 kranke Männer, in Familienpflege 43 kranke Frauen. Der Reingewinn der Schweinemästung war 9527 Mk. Ausgabe 469293 Mk.

Bericht der Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd pro 1900. (Dir. Dr. *Dittmar*.)

Bestand 611 (276 M. 335 Fr.), darunter mit Paralyse 34 (20 M. 14 Fr.), Alkoholismus 3 M. Aufnahme 200 (106 M. 94 Fr.), darunter mit Paralyse

28 (18 M. 10 Fr.), mit Alkoholismus 10 (8 M. 2 Fr.), Nichtirre 3 M. Von 100 männlichen Aufnahmen Missbrauch geistiger Getränke 32 mal als Ursache, aber auch bei den Vorfahren in 6, bei den Frauen in 3 Fällen. In 17 Fällen mit Paralyse, bei Männern 6 mal Lues angegeben. 26 % bei M., 17 % bei Fr. Bettbehandlung. Dauerbäder von 1—14 Stunden, Isolirung selten und nur auf Stunden. Beschäftigt 51 %. Beurlaubung 55 mal. 939 Besuche bei Kranken. Entlassen genesen 52, gebessert 58, ungeheilt 28, gestorben 55. Todesursache Lungentuberkulose bei 10, andere Lungenkrankheiten bei 26, Herzkrankheiten bei 3. 12 mal Erysipel. Ausgabe 308025 Mk.

Bericht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten der Rheinprovinz pro 1900/1.

Bestand 3246 (1733 M. 1513 Fr.), Zugang 2115 (1160 M. 955 Fr.), Abgang 1894 (1057 M. 837 Fr.), blieben März 1901 3467 (1836 M. 1631 Fr.). Von der Aufnahme litten an Paralyse 216 (161 M. 55 Fr.), an Del. pot. 36, Nichtirre 46. Vom Abgange genesen 357 (177 M. 180 Fr.), gebessert 482 (274 M. 208 Fr.), ungeheilt 605 (331 M. 274 Fr.), gestorben 403 (231 M. 172 Fr.) Es starben mit Paralyse 115 (90 M. 25 Fr.), an Krankheiten der Lunge 99, des Herzens 42, keine Selbstmorde. In Düren heilte eine Verletzung der Bauchwandung mit gänzlicher Querdurchtrennung des Darmes mittels einer Scheere, in Grafenberg 8 Entbindungen. Für Arzeneien und Verbandmittel 34804 Mk. Beschäftigt bei Kranken 4. Kl. in Andernach 61, in Bonn 50, in Düren 64, in Galkhausen 67, in Grafenberg 50, in Merzig 80 %. Ausgaben 2621919 Mk., pro Kopf und Jahr 784 Mk. Zur Unterstützung Entlassener 6345 Mk. Grosser Wechsel des Pflegepersonals, obwohl Lohnverhältnisse seit 3 Jahren wesentlich besser. Zum landwirthschaftlichen Betrieb gekauft für Andernach 67 a, für Bonn 86 a. Terrain von Andernach 17, Bonn 22, Düren 31, Galkhausen 110, Grafenberg 60, Merzig 67 ha. Tuberkulinimpfung bei Milchkühen eingeführt und befriedigte.

Bericht über die Entstehung und die ersten 5 Arbeitsjahre des „Tannenhof“ bei Lüttringhausen, evangelische Heil- und Pflegeanstalt für Gemüths- und Geisteskranke. (Dir. Arzt Dr. *Beelitz.*)

Gegründet vom Prov.-Ausschuss der inneren Mission, unterstützt von dem Landeshauptmann, der, wie er katholische Kranke an 5 Ordensanstalten übergeben, so 200 evangelische Kranke zu übergeben, auch die Baarsumme zum Theil als verzinsliches Darlehn zusicherte. Vertrag vom 9. März 1894. 600000 Mk. übergeben. Terrain 88 Morgen für 17300 Mk. erworben. Eröffnung am 30. April 1896.

An Tuberkulose starben 6,27 %, an progr. Paralyse 41 %. In jedem 4. Falle konnte die Sektion gemacht werden. In 10 Fällen waren mehrere Familienglieder gleichzeitig in der Anstalt. 3 mal mussten bauliche Erweiterungen vorgenommen werden. Aufgenommen wurden vom 11. Mai 1896 bis 31. März 1901 732 Kranke, entlassen 391 Kranke, davon Nichtirre 10, geheilt 72, gebessert 118, ungeheilt 71, gestorben 120. Am 1. April 1901 Bestand 343 (168 M. 175 Fr.).

Bericht der Bezirksanstalt Stephansfeld-Hördt pro 1900/1. (Dir. Dr. *Vorster.*)

Bestand 1365 (695 M. 670 Fr.), darunter mit Paralyse 66 (36 M. 30 Fr.), Del. pot. 29 M. Aufnahme 317 (156 M. 161 Fr.), darunter mit Paralyse 49 (39 M. 10 Fr.), mit Del. pot. 14 (13 M. 1 Fr.), Nichtirre 2 (1 M. 1 Fr.). Die Paralyse hat seit 1872 abgenommen. Aus den Strafanstalten kamen 26 Kranke, 3 M. freiwillig. Heredität 38 %, Trunksucht in 18 %. Grosser Einfluss des Alkohols bei den Epileptikern. Bei 39 paral. Männern 14 mal Lues nachgewiesen. 30 Kranke mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. 6 Kranke zur Beobachtung übergeben. Abgang: genesen 56 (22 M. 34 Fr.), gebessert 62 (34 M. 28 Fr.), ungeheilt 51 (32 M. 19 Fr.), gestorben 125 (61 M. 64 Fr.), mit Paralyse 25 (20 M. 5 Fr.). Todesursache: Lungen- und Darmtuberkulose bei 30, Athmungsorgane ausser Tuberkulose bei 52, Herzkrankheiten bei 5, Unglücksfälle bei 2, von denen der eine bei einem Spaziergange unter einen Eisenbahnzug gerieth, der andere aus der offenen Kolonie im nahen Kanal ertrank. 141 Kranke beurlaubt. 2345 Besuche bei den Kranken. 2 neue Villen. Ausgabe 661 984 Mk.

Bericht des Fürst-Carl-Landesspitals zu Sigmaringen pro 1900. (Dir. Dr. *Bilharz.*)

Abtheilung für Geisteskranke. Bestand 218 (114 M. 104 Fr.), Zugang 24 (9 M. 15 Fr.). In beiden kein Kranker mit Paralyse. Entlassen geheilt 1 M., gebessert 6 (3 M. 3 Fr.), ungeheilt 4 (2 M. 2 Fr.), gestorben 9 (5 M. 4 Fr.), blieben 113 (55 M. 58 Fr.).

Abtheilung für körperlich Kranke. Im Dezember Bestand 23.

Abtheilung für Pfründner. Bestand 96.

Grosser Wechsel im Wartpersonale.

Bericht der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. pro 1898 bis März 1901. (Dir. Dr. *Sioli.*)

Bestand April 1898 313 (157 M. 156 Fr.), Zugang 1898/99 456 (282 M. 174 Fr.), Abgang 455 (286 M. 169 Fr)., blieben 314 (153 M. 161 Fr.). Zugang 1899/1900 511 (342 M. 169 Fr.), Abgang 486 (314 M. 172 Fr.), blieben

April 1900 339 (181 M. 158 Fr.). Zugang 1900/1901 622 (423 M. 199 Fr.). Abgang 616 (423 M. 193 Fr.), blieben April 1901 345 (181 M. 164 Fr.). In normaler Belegung 280 Plätze in der Hauptanstalt und 44 in der Filiale. Die Ueberführung nach Weilmünster nicht beliebt. Gegen die Ueberfüllung ist ein Grundstück von 150 Morgen im Taunus angekauft und sollen Villen für Nervenkranke und davon getrennt für Geisteskranke errichtet werden.

1900/1901 wurden mit Alkoholpsychose aufgenommen 152 M. 20 Fr., mit Dem. paral. 55 (49 M. 6 Fr.). Bei den Paralytischen liess sich im letzten Jahre in 53 % nachweisen. Anstaltsaufenthalt der Genesenen 1898/99 2 Mon., 1899/1900 3 Mon., 1900/1 1 Mon. 11 Tage bis 4 Mon. 7 Tage. Entweichungen 1900/1 34, darunter 7 verbrecherische, letztere zuweilen Virtuosen darin. Entlassen 1898/99 als genesen 60 (43 M. 17 Fr.), 1899/1900 76 (59 M. 17 Fr.), 1900/1 102 (74 M. 28 Fr.), gebessert im ersten Jahre 155 (103 M. 52 Fr.), im zweiten 214 (147 M. 67 Fr.), im dritten 270 (197 M. 73 Fr.), ungeheilt 142 (76 M. 66 Fr.), 147 (74 M. 73 Fr.), 181 (110 M. 71 Fr.), gestorben 48 (30 M. 18 Fr.), 49 (34 M. 15 Fr.), 63 (42 M. 21 Fr.). In Bettbehandlung im letzten Jahre 80, isolirt bei Nacht 11, beschäftigt 112, medizinische Beruhigungsmittel erhielten 28. Freien Ausgang hatten 54 im Park, völlig frei 28, mit den Angehörigen 22. Dauerbäder nützlich. Feste Kleider ganz ausnahmsweise. Bei Melancholie Opiumkur oft, bei Epilepsie Bromsalze, oft auch Flechsigkur. Von Dormiol und Hedonal kein besonderer Nutzen. Dauerbäder von 2 bis 12 Stunden. Russischer Kwas beliebt. Besuche der Kranken 12000. Zwangsernährung 1900/1 bei 17. Befestigung im Bett aus chirurgischen Zwecken bei 17. Wechsel des Pflegepersonals erheblich. Ausgabe 445259 Mk. und für Filiale Prächtershof 29042 Mk.

Bericht der Kreis-Irrenanstalt München pro 1900. (Dir. Dr. *Vocke.*)

Bestand 672 (319 M. 353 Fr.), darunter mit Paralyse 92 (51 M. 41 Fr.), aufgenommen 304 (187 M. 117 Fr.), darunter nichtirre 9, mit Paralyse 60 (48 M. 12 Fr.), abgegangen genesen 26 (11 M. 15 Fr.), gebessert 43 (18 M. 25 Fr.), darunter 1 M. und 4 Fr. mit Paralyse, ungebessert 68 (34 M. 34 Fr.), darunter 11 paralytische M. und 6 Fr., gestorben 88 (54 M. 34 Fr.), darunter 35 paralytische M. und 11 Fr., blieben 702 (343 M. 359 Fr.). Unter den Aufgenommenen bei 92 Heredität nachweisbar. Bei den Genesenen Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 10, bis 3 Mon. bei 8, bis 6 Mon. bei 6, bis 2 J. bei 2. Todesursache bei 16 Tuberkulose, bei 8 Herzleiden.

Ein idiotischer Brandstifter wird trotz ärztlicher Begutachtung und Beistimmung des Gerichts in dreimaliger Schwurgerichtssitzung zu 2 J. Zuchthaus verurtheilt. Ausgaben 583549 Mk.

15. Bericht der Kreis-Irrenanstalt Gabersee pro 1900. (Dir. Dr. *Bandorf.*)

Bestand 475 (241 M. 234 Fr.), aufgenommen 128 (75 M. 53 Fr.), entlassen 111 (57 M. 54 Fr.), blieben 492 (259 M. 233 Fr.). Genesen entlassen 18,0 %, gebessert 21,6 %, ungebessert 17,1 %, gestorben 34,2 %. Der durchschnittliche Aufenthalt der genesenen M. betrug 4 Mon. 18 Tage, der der Fr. 4 Mon. 10 Tage. Von den Genesenen standen bei der Aufnahme 70 % im 1. Mon. der Erkrankung, 15 % im 2. bis 3. Mon., 10 % bis 6 Mon. und 5 % bis 12 Mon. Es starben an Tuberkulose 20,8 %, an Herzkrankheit 14,5 %, an Unfall 2 %. Beschäftigt 72 %, frei verpflegt 39 %. Entwichen 22. Ausgaben 226637 Mk., pro Kopf und Tag 1 M. 28,2 Pf. Wechsel der Pfleger 20 %, der Pflegerinnen 48 %.

Bericht der Kreis-Irrenanstalt Bayreuth pro 1900. (Dir. Dr. *Kraussold.*)

Bestand 550 (307 M. 243 Fr.), darunter mit Paralyse 20 (11 M. 9 Fr.), mit Del. pot. 1 M., Aufnahme 122 (68 M. 54 Fr.), darunter mit Paralyse 19 (15 M. 4 Fr.), mit Del. pot. 1 M. und 1 Fr., Abgang genesen 23 (10 M. 13 Fr.), gebessert 44 (31 M. 13 Fr.), ungebessert 14 (9 M. 4 Fr.), gestorben 37 (18 M. 19 Fr.), blieben 553 (307 M. 246 Fr.), darunter mit Paralyse 20 (11 M. 9 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 12, bis 6 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 1, im 2. J. bei 3, über 2 J. bei 0. Tod mit Lungen- oder Darmtuberkulose bei 3, mit Herzkrankheit bei 4. 2 neue Pavillons für je 50 Kranke. Grosser Wechsel im Pflegerpersonal trotz Lohnerhöhung. Das schwerste Gehirn bei einem Paralytiker 1575, das leichteste bei den Männern 1100, bei den Frauen 985 gr. Prolongirte Bäder heilsam; Bäder überhaupt 28667. Hypnotica bedeutungsvoll, Bettbehandlung von bestem Erfolg. Schlundrohr in 27 Fällen. Ausser Lederhandschuhen 3 mal Jacke nöthig. Einpackungen zur Beruhigung in soporösen Fällen vielfach. 9 Entweichungen.

Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1899. 100 S. Leipzig, Vogel 1900. gr. 8°.

In den 5 Landesirrenanstalten mit 3886 Betten Bestand 3748 (1665 M. 2083 Fr.), Zuwachs 1276 (846 M. 430 Fr.), Abgang 773 (421 M. 352 Fr.), gestorben 303 (163 M. 140 Fr.), blieben 3821 (1660 M. 2161 Fr.). In Hochweitzschen 787 (465 M. 322 Fr.) Epileptiker. In der Irrenklinik verpflegt 816, im Siechenhause 411, im Stadtirrenhause zu Dresden 981, im Martinsstift 57, im Stift zu Siegmar 25, in Grosshennersdorf 332, in Nossen 241, in Waldheim 226, in Privatanstalt Coswig, Möckern und Thonberg 287.

Sonnenstein, Direktor Dr. *Weber*. Bestand 616 (375 M. 241 Fr.), Zuwachs 186 (107 M. 79 Fr.), darunter mit Paralyse 33 (27 M. 6 Fr.), mit guter Prognose 15 %, mit zweifelhafter 43 %, mit ungünstiger 42 %, bei 50 % Heredität, davon bei Paralyse nur 25 %. In letzterer 54 % Lues. Alkohol als Ursache in 25 %. Entlassen oder beurlaubt als genesen bezw. gebessert 84 (55 M. 29 Fr.), ungebessert 13 (8 M. 5 Fr.). Gestorben 48 (38 M. 10 Fr.). Todesursache Herzschwäche bei 1, Lungenschwindsucht bei 9, Paralyse bei 25 (24 M. 1 Fr.), an Suicid 2, der eine im Wachsaale durch Zerschlagen eines Glases und rasche Verletzung der Eingeweide. Endemisch in einer Abtheilung eine eigenartige Infektion von Darmkatarrh. Ein Bau für Paralytiker und ähnliche Kranke begonnen. Bei 55 % M., bei 22 % Frauen Beschäftigung, bei 20 % Bettruhe. Bei Kranken 2489 Besuche; 1051 Beantwortungen brieflicher Anfragen. Wechsel im Personale nicht erheblich. 128 motivirte Gutachten sind vom Direktor abgegeben.

Untergöltzsch, Direktor Dr. *Lehmann*. Bestand 495 (232 M. 263 Fr.), Aufnahmen 193 (104 M. 89 Fr.), darin 45 Paralytische, d. i. 23,3 % des Zugangs, bei M. 39,4 %, bei Frauen 4,5 %. Bei den 41 M. 21 mal frühere Syphilis nachweisbar. Bei den Aufnahmen 47,1 % Heredität, nur bei Paralyse 11 %. Entlassen 184, geheilt 40 (16 M. 24 Fr.), gebessert 46 (33 M. 13 Fr.), ungeheilt 31 (18 M. 13 Fr.), gestorben 67 (40 M. 27 Fr.), darunter 53 % mit Paralyse, 5 mal Herzschwäche, 3 mal Lungentuberkulose, 1 mal Verunglückung auf der Flucht durch Ertrinken. Wechsel des Pflegepersonals nur gering. Prolongirte Bäder günstig. Beschäftigung bei 67 % M., bei 50 % Fr. Ueberfüllung in den geschlossenen Abtheilungen. Bettbehandlung bei 31 % M., bei 34 % Fr. Entweichungen 20 Kranke. Besuche bei den Kranken 1633, Anfragen 842.

Zschadras, Direktor Dr. *Günther*. Bestand 458 (222 M. 236 Fr.), Aufnahmen 129 (67 M. 62 Fr.), darunter mit Paralyse 29 (22 M. 7 Fr.). Ursachen 50 % Heredität, bei 7 Syphilis, bei 7 Trunksucht, bei 7 Kopfverletzung. Abgang 86 (41 M. 45 Fr.), geheilt 26 (11 M. 15 Fr.). Beurlaubt davon 1 M. und 2 Fr. Als gebessert beurlaubt oder entlassen 19 (8 M. 11 Fr.), ungebessert 3 M. Gestorben 34 (15 M. 19 Fr.). 4 Entweichungen. Blieben 501 (248 M. 253 Fr.), darunter 40 (25 M. 15 Fr.) mit Paralyse. Abgang im Pflegepersonal gering. Ueberfüllung der geschlossenen Abtheilungen abgeholfen durch 2 neue Häuser. Jetzt 500 Plätze in der Anstalt. Beschäftigung bei 71 % der M., 41 % der Fr. 122 gerichtliche Gutachten.

Hubertusburg, Vorstand Dr. *Böhme*.

Heil- und Pflegeanstalt A für männliche und weibliche Irre: Bestand 566 (520 M. 46 Fr.), Aufnahmen 104, inkl. 18 schwachsinnige Zöglinge (104 M.). Abgang 146 (143 M. 3 Fr.), blieben 524 (481 M. 43 Fr.). Von den Aufnahmen litten an Paralyse 38 M., 54 %, Ursache 18 mal Infektionskrankheiten, 6 mal Trunksucht, 7 mal äussere Verletzungen, 41 mal Heredität. Gestorben 53 (52 M. 1 Fr.). Geheilt 6 M., gebessert entlassen

48 M., ungeheilt 17 (15 M. 2 Fr.). Von den geheilt und gebessert Entlassenen betrug die Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 2, bis 6 Mon. bei 12, bis 1 J. bei 17, bis 2 J. bei 10, bis 4 J. bei 12, bis 5 J. bei 6, bis 6 J. bei 12, bis 8 J. bei 3. Deren Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 1 bis 1 Mon., bis 3 Mon. bei 5, bis 5 Mon. bei 8, bis 9 Mon. bei 9, bis 1 J. bei 7, bis 3 J. bei 7, bis 5 J. bei 2, bis 8 J. bei 3, bis 10 J. bei 3, bis 15 J. bei 8, bis 20 J. bei 6, bis 30 J. bei 7, bis 60 J. bei 8. 2 Entweichungen. Es starben an Lungenschwindsucht 27, an Herzkrankheit 3, an Nierenkrankheit 3. 22 % Bettbehandlung, Beschäftigung der Männer 34 %., der Fr. 11 %. In Reckwitz befanden sich 14 M. 559 Besuche bei den Kranken und 777 briefliche Anfragen. Geringer Wechsel des Pflegepersonals. 127 forensische Gutachten.

Heil- und Pflegeanstalt B für weibliche Irre: Bestand 995 Fr. Aufnahmen 173, darunter mit Paralyse 10, mit Heredität 88. Entlassen geheilt 22, gebessert 9, ungeheilt 32, gestorben 64. 13 Entweichungen. Viel Wechsel im Pflegepersonal. Forensische Gutachten 152.

Colditz. Bestand 617 (315 M. 302 Fr.), Aufnahmen 62 (35 M. 27 Fr.), Abgang 52 (23 M. 29 Fr.) und zwar 35 (17 M. 18 Fr.) gestorben; 17 (6 M. 11 Fr.) beurlaubt. Blieben 627 (327 M. 300 Fr.). Die Bettbehandlung hat bei den Frauen weiter ausgedehnt werden können, bei den Männern sie einzuführen, ist wegen des Terrains leider nicht möglich. Elektrische Beleuchtung eingeführt. 40 % der Männer, 30 % der Frauen beschäftigt. Kapelle aus Pflegern und Kranken. Ein Kostümfest war von langem guten Einfluss. Beim Pflegepersonal mehrfach Neurasthenie. 64 forensische Gutachten.

Irrenstation des Männerzuchthauses zu Waldheim: Bestand 170, Aufnahmen 56, von denen 53 geisteskrank waren, 3 nicht. Bei jenen 2 mit Paralyse (früher Lues), 4 mit Epilepsie. Auffallend das Ueberwiegen von Sinnestäuschungen und Schwachsinn. Bei 21 war Isolirhaft dagewesen. Bei 12 Heredität sicher. Bei 20, d. h. 37 %, Trunksucht. Ausserdem kamen 16 Züchtlinge zur Beobachtung, die nach 1 Mon. in die Strafhaft zurückversetzt werden konnten. 1 Fall mit chron. Tabaksvergiftung. Abgang 41, daher verblieben 185. Abgang genesen 11, gebessert 8, ungebessert 15, gestorben 5. 2 Wachabtheilungen. Gepolsterte Zellen waren nützlich. Beschäftigung mit Düten Vielen nützlich. Beschäftigt 83 %. Laute Klagen über die Zuchthauskost, mehr Abwechslung Abends erwünscht.

Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen. Bestand 710 (366 M. 263 Fr. 49 Knaben 32 Mädchen), aufgenommen 149 (79 M. 51 Fr. 12 Kn. 7 Mädchen), versetzt 4 Kn. und 7 M. zu den Erwachsenen, stellt sich der Bestand 859 (449 M. 321 Fr. 57 Kn. 32 M.). Es gingen ab 92 (49 M. 36 Fr. 4 Kn. 3 M.), blieben 767 (400 M. 285 Fr. 53 Kn. 29 M.). Nur 8 % der Aufgenommenen sind frische Fälle. 46 derselben erkrankten im Kindesalter (bis 14 J.), 45 im Alter von 15—25 J.,

nur 5 nach dem 30. Jahre. Ursache bei ihnen Heredität 53, psychische Ursachen 21, Kopfverletzungen 14, Hirnkrankheit 2, körperliche Krankheiten 11, psychische und somatische Ursachen 2, Alkohol 4, unbekannt 42. Entlassen geheilt 7 (5 M. 1 Fr. 1 Kn.), gebessert 52 (36 M. 13 Fr. 1 Kn. 2 M.), ungebessert 1 Fr. und 1 Kn., in andere Anstalten 1 M., nicht epileptisch 1 M. und 1 Fr., es starben 28 (7 M. 20 Fr. 1 Kn.). Der durchschnittliche Anstaltsaufenthalt der Genesenen 4 J. 11 Mon. 4 Entweichungen. Gestorben im Stat. epil. 3, an Herzlähmung 5, Tuberkulosis 1, an Suicid 1. Geringer Wechsel im Pflegepersonal. 25 verheirathete Pfleger haben die Familie nahe, 27 leider ferner; einzelne Häuser näher erwünscht. Wasser pro Kopf und Tag 194 Liter. Bierausgabe eingeschränkt und ruhig ertragen. In der Behandlung Brompräparate; nach Bromipin seltener Acne. Bettbehandlung mit günstigem Erfolge. Beobachtungsabtheilungen. Beschäftigte Frauen 75 %, in der Landwirthschaft 10 %, von den Männern 71 %, bezw. 20 % in der Ansiedlung; im Innern durchschnittlich 30 %. Für Blödsinnige Trikotzupfen eingeführt. Beim Tanzen geringe Zahl von Anfällen. 1216 Besuche bei den Kranken, Beantwortung von schriftlichen Anfragen 517. Forensische Gutachten 40.

Erziehungsanstalt für schwachsinnige Knaben zu Grossbennersdorf. Bestand 242, aufgenommen 56 (42 bildungsfähig), Krankenbestand am Schlusse des Vorjahres 19, Zuwachs 467, Abgang 464, davon durch Tod 2, blieben 256 Kranke.

Landesanstalt für schwachsinnige Mädchen zu Nossen. Bestand 172. Am Schlusse des Vorjahres 3, Zuwachs 364, Abgang 363, davon durch Tod 2; blieben 181.

Stadt-Irrenhaus zu Dresden: Aufgenommen 920, Gesammtzahl der Verpflegten 981. Ausgeschieden 868 (543 M. 325 Fr.), in häuslichem Verhältniss 514, ins Siechenhaus 209, in andere Anstalten 145. In häuslichem Verhältnisse geheilt 136 (darunter 70 Alkoholdeliranten), gebessert 161, ungeheilt 195, nichtirre 22. Gestorben 47 (33 M. 14 Fr.). Ursachen bei den 981 Verpflegten: Heredität bei Männern 38 %, bei Frauen 32 %, Verletzungen bei M. 8 %, bei Fr. 1 %, Trunk bei 57 %, bei Fr. 10 %, Syphilis bei 14 % M., bei 3 % Fr. Von 96 M. mit Paralyse war Syphilis bei 38 nachweisbar, bei 39 Fr. in 4 Fällen.

Im Irrensiechenhause zu Leipzig: Bestand 254, Aufnahmen 157 Kranke, hievon 103 aus der Klinik, Abgang 149, davon 45 durch Tod. Es blieben 262 (128 M. 134 Fr.).

Bericht der Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische in Württemberg pro 1899. 46 S. Stuttgart 1901. gr. 4°.

Das neue Statut für die Staatsirrenanstalten vom 20. März 1890 und das für die Privat-Irrenanstalten vom 18. November 1899 tritt in Kraft, eine

Erleichterung für die Aufnahme. Noch im Berichtsjahre sind 20 Kranke freiwillig eingetreten. Die Anstalten zu Zwiefalten und Weissenau erhielten Territorialbezirke. Epileptische werden vorzugsweise Weissenau zugeführt. Die Aufnahme geisteskranker Verbrecher in Zwiefalten macht sich immer schwieriger. Die Dienstinstruktion wurde umgearbeitet. Klagen über Ueberfüllung. Erweiterung der Familienpflege auf 65 Kranke. „Schottische Nachtwache“ versuchsweise eingeführt.

In den 4 Staatsirrenanstalten Winnenthal, Schussenried, Zwiefalten und Weissenau mit Belegziffer 1647 war Bestand Anfang 1899 1633 (855 M. 778 Fr.), Zugang 492 (293 M. 199 Fr.), Abgang 428 (255 M. 173 Fr.), blieben 1697 (893 M. 804 Fr.). Aufnahmegesuche 798, Aufnahmen 492. Frühaufnahmen haben erheblich zugenommen. Dem. par. ist von 5 % auf 6,7 % gestiegen. Mit dem Strafgesetze kamen vor den Aufnahmen in Konflikt 10,2 %, vor der Erkrankung 3,9 %, nach ihr 6,3 %. Mit erblicher Belastung 51,2 %. Alkohol als Ursache in 22,8 %. Entlassen geheilt 62, gebessert 142, ungeheilt 140, gestorben 84, davon an Tuberkulose 14, Herzkrankheiten 14, an Suicid 1. In Schussenried beschäftigten sich 46,8 % M., 25 % Fr., in Zwiefalten zwischen 30 und 37 % M., ca. 1/3 Fr. Wachabtheilungen eingerichtet. Ziehen'sche Modifikation der Brombehandlung gegen Epileptische in einigen Fällen mit Erfolg. In Weissenau wurde mit Bromeigon und Bromipin gegen Epilepsie experimentirt, mit ersterem theuren bisher noch ohne Erfolg, dagegen von letzterem erheblicher Erfolg. In Schussenried Gewinnung des Eises durch ein Eisgerüst, gespeist durch die Wasserleitung. In Zwiefalten Einrichtung eines Wärterinnenheims, einer 3. Wachabtheilung.

II. Privatanstalten: Göppingen, Pfullingen; Rottenmünster, Kennenburg, Ludwigsburg, Beutelsbach, Grunbach. Bestand 993 (453 M. 540 Fr.), Zugang 259 (124 M. 135 Fr.), Abgang 226 (101 M. 125 Fr.), blieben 1026 (476 M. 550 Fr.). Ende 1899 Bestand in Göppingen 453, in Pfullingen 384, in Rottenmünster 134, in Kennenburg 22, in Ludwigsburg 10, in Grunbach 8, in Beutelbach 15. Von Staatspfleglingen waren 334 in Göppingen und 322 in Pfullingen. Unter den Aufnahmen 46 % erblich belastet. Geheilt entlassen 38, gebessert 82, ungeheilt 28, in andere Anstalten 29, gestorben 49. Todesursachen: Tuberkulose in 8, Herzkrankheiten in 8 Fällen. In Göppingen auf Kolonie „Freihof“ 20 Kranke, in Pfullingen Kolonie „Alteburg“ 21 Kranke. In Familienpflege bei Pfullingen 8 Kranke.

Ohne die psychiatrische Klinik in Tübingen war der Bestand Ende 1899 in Württemberg 2723.

Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische und Schwachsinnige. Gesammtzahl 1899 über 1300. Unterstützung des Staates. In Stetten mit Filiale Rommelshausen 1899 Zahl der Verpflegten 515 (259 Schwachsinnige und 256 Epileptiker). Gestorben 12.

Pflegeanstalt für männliche Epileptische auf der Pfingstweide bei Tettnang. Verpflegt 54 Kranke. — Pflegeanstalt für Unheilbare in

Liebenau, O.-A. Tettnang. Verpflegt 1899 476, aufgenommen 141, gestorben 51, an Herzkrankheiten 13, an Tuberkulose 5. — Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Mariaberg. Bestand 153, Zugang 17, gestorben 5, abgegangen 15, blieben 150 (100 M. 50 Fr.) — Pflegeanstalt in Heggbach. Bestand 106, darunter 56 Idioten und 34 Epil. Aufnahmen 29, gestorben 10, entlassen 4, blieben 121 (53 M. 68 Fr.). Das Bromipin gegen Epilepsie versagte ganz.

Bericht der psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen vom 1. November 1893 bis 1. Januar 1901 nebst Geschichte ihrer Entstehung. (Dir. Dr. *Siemerling*.)

Eröffnet den 1. November 1893. Aufgenommen 2508 (1270 M. 1238 Fr.), entlassen geheilt 178 (95 M. 83 Fr.), gebessert 1269 (622 M. 647 Fr.), ungeheilt 807 (427 M. 380 Fr.), gestorben 132 (67 M. 65 Fr.). Aufnahmen und Entlassungen in sehr erleichterter Form; letztere bei bedenklichen Kranken nur gegen Revers. Viel Gebrauch von den frühzeitigen Entlassungen bei beginnender Reconvalescenz. Die Möglichkeit einer raschen Evacuation muss bei Kliniken da sein. An Krankheitsformen gab es 1526 mit einfacher Seelenstörung, 108 (91 M. 17 Fr.) mit Paralyse, 126 mit Hysterie, 82 mit Epilepsie, 160 mit Imbecillität, 166 mit alkoholischer Geistesstörung, 5 nichtirre, 335 mit Erkrankung des Nervensystems. Unter den einfachen Seelenstörungen war Melancholie mit 362, Manie mit 96 vertreten. Mit dem Strafgesetz in Konflikt gerathen waren 140. Die Klinik wurde 1900/1 von 54 Praktikanten besucht.

Geschichte der Entstehung: Schon 1817 wurde von Professor *v. Eschenmayer* die Ausführung einer psychiatrischen Klinik angeregt und es ist lehrreich, aus den auf Archivstudien hervorgehenden Mittheilungen zu entnehmen, welche Schwierigkeiten zu überwinden waren, bis der nunmehr 1893 erwähnte Neubau obiger Klinik eröffnet werden konnte.

Dr. *Flamm*'sche Privatheilanstalt für psychisch Kranke im Schloss Pfullingen. (Dr. *Th. Kölle*.)

In einem stattlichen Bande mit zahlreichen Illustrationen kommt der 5. Bericht und giebt Kunde von dem 56. Jahre des Bestandes: Im Schlossgebäude wurde Juni 1899 ein offenes Sanatorium für Nerven- und Gemüthskranke eröffnet und dadurch von der eigentlichen Heil- und Pflegeanstalt für Psychosen im engeren Sinne, die getrennt die Namen führen „Haus Roller“, „Haus Griesinger“, „Haus Zeller“, „Haus Köppe“, „Haus Laehr“, „Haus Gudden“, „Kolonie Alteburg“. Die von 1892—1899 vorgenommenen baulichen Veränderungen und Neueinrichtungen werden beschrieben. Die Zahl der 1899 verpflegten Kranken betrug 430: 330 Staatspfleglinge (149 M.

181 Fr.) und 100 (63 M. 37 Fr.) Privatpfleglinge; davon 44 (30 M. 14 Fr.) neu aufgenommen. Es gingen ab 46, davon genesen 1 M., gebessert 9 (5 M. 4 Fr.), ungeheilt 12 (9 M. 3 Fr.), gestorben 24 (9 M. 15 Fr.). Es blieben 384: 71 (44 M. 27 Fr.) Privatpfleglinge und 313 (153 M. 160 Fr.) Staatspfleglinge. 9 Entweichungen. Ueberwachungsstationen eingeführt 1898 in Gudden, Griesinger, Roller, Köppe. Dadurch werden die Isolirungen möglichst beschränkt. Von Narcoticis werden zumeist benutzt Morphium, Hyoscin, Chloral und Sulfonal, dann prolongirte Bäder und feuchte Einwicklungen. Im Sanatorium werden Spirituosa nicht verabreicht, „Limonade" im Hause hergestellt. Versuche mit Familienpflege in Stadt Pfullingen, für Kost und Logis jährlich 260 Mk., befriedigten; Statut derselben. Aufnahmebedingungen. Geschichtlicher Anhang vom Pfarrer Dr. Maier in Pfullingen.

Bericht der Irrenheilanstalt Sachsenberg pro 1900. (Dir. Dr. *Matusch.*)

Bestand 544 (281 M. 263 Fr.), darunter mit Paralyse 15 (11 M. 4 Fr.), nichtirre 1 Fr., mit Epilepsie 34. Aufgenommen 115 (58 M. 57 Fr.), darunter mit Paralyse 11 (9 M. 2 Fr.), nichtirre 1 Fr., mit Epilepsie 10. Abgang genesen 21 (10 M. 11 Fr.), gebessert 39 (17 M. 22 Fr.), ungeheilt 22 (12 M. 10 Fr.), gestorben 41 (21 M. 20 Fr.), blieben 535 (278 M. 257 Fr.), darunter mit Paralyse 17 (11 M. 6 Fr.). Die Genesungsziffer (21) beträgt 18,1 % der Aufnahmen. Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 16, bis 3 Mon. bei 3, bis 12 Mon. bei 1, über 2 J. bei 1. Tod an Tuberkulose bei 7, an Herzkrankheiten bei 4. Ausgaben 381 701 Mk.

Bericht der Irrenanstalt Gehlsheim bei Rostock pro 1900. (Dir. Dr. *Schuchardt.*)

Bestand 214 (105 M. 109 Fr.), mit Paralyse 9 (8 M. 1 Fr.), Zugang 218 (107 M. 111 Fr.), darunter mit Paralyse 15 (13 M. 2 Fr.), Abgang genesen 27 (13 M. 14 Fr.), gebessert 59 (25 M. 34 Fr.), darunter 4 paral. Männer, ungeheilt 61 (36 M. 25 Fr.), gestorben 50 (20 M. 30 Fr.), blieben 229 (113 M. 116 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 13, bis 3 Mon. bei 10, bis 6 Mon. bei 2, im 2. J. bei 1, unbestimmt bei 1. Todesursache bei 6 Tuberkulose, bei 2 Herzkrankheiten, bei 1 Suicid. Ausgaben 191 872 Mk.

42. Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1900. (Dir. Dr. *Ad. Meyer.*)

1. Geisteskranke. Bettenzahl 343 Betten. Bestand 347 (185 M. 162 Fr.), Zugang 138 (68 M. 70 Fr.), Abgang geheilt 26 (14 M. 12 Fr.),

gebessert 31 (12 M. 19 Fr.), ungeheilt 24 (15 M. 9 Fr.), gestorben 41 (25 M. 16 Fr.), blieben 363 (187 M. 176 Fr.). Mit Paralyse war Bestand 23 (18 M. 5 Fr.), Zugang 21 (14 M. 7 Fr.), gestorben 18 (14 M. 4 Fr.), blieben 19 (14 M. 5 Fr.).

2. Körperkranke. Bestand Ende 1900 12 Kranke.

Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg pro 1900. (Dir. Dr. *Reye.*)

Bestand 1479 (712 M. 767 Fr.), aufgenommen 672 (368 M. 304 Fr.), von denen 91 (74 M. 17 Fr.) an Paralyse litten und 216 Heredität nachwiesen. Abgegangen 865 (448 M. 417 Fr.), davon geheilt 87 (43 M. 44 Fr.), darunter 57 Schwermüthige und 30 Tobsüchtige, gestorben 175 (93 M. 82 Fr.), blieben 1286 (632 M. 654 Fr.), davon beurlaubt 36 (26 M. 10 Fr.). Entlassen gebessert 174 (103 M. 71 Fr,), ungebessert 146 (77 M. 69 Fr.). Die Heilung erfolgte in 1 Mon. bei 20, bis 3 Mon. bei 20, bis 6 Mon. bei 25, bis 1 J. bei 16, bis 2 J. bei 6. Unter den Gebliebenen waren 88 (69 M. 19 Fr.) mit Paralyse, 108 mit Epilepsie, mit Heredität 458.

Nach der Irrenanstalt in Langenhorn wurden 270 Kranke verlegt.

Bericht der Irrenanstalt Lübeck pro 1900. (Dir. Dr. *Wattenberg.*)

Bestand 144 (78 M. 66 Fr.), Aufnahme 50 (30 M. 20 Fr.), entlassen geheilt 10 (2 M. 8 Fr.), gebessert 4 (2 M. 2 Fr.), ungeheilt 12 (8 M. 4 Fr.), gestorben 13 (8 M. 5 Fr.), blieben 155 (88 M. 67 Fr.). Es gingen zu mit Paralyse 7 (6 M. 1 Fr.), zu einem Bestande von 4 M., gingen ab 4 M., davon durch Tod 3 M. Heilung erfolgte nach Aufenthalt bis 3 Mon. bei 5, bis 6 Mon. bei 1, darüber bei 4. 1 Suicid. Ausgaben 151030 Mk., pro Kopf und Tag 2,767 Mk.

Bericht der Privatanstalt zu Rockwinkel pro 1900. (Dir. Dr. *Engelken.*)

Bestand 21 (8 M. 13 Fr.), aufgenommen 21 (11 M. 10 Fr.), entlassen 19 (9 M. 10 Fr.), geheilt 4 (1 M. 3 Fr.), gebessert 8 (4 M. 4 Fr.), ungeheilt 7 (4 M. 3 Fr.), gestorben 1 Fr. Es blieben 23 (10 M. 13 Fr.). In Familienpflege am Orte 2 Fr. Als freiwillige Kurgäste 1 Fr.

Bericht der niederösterreichischen Anstalten für Geisteskranke pro 1. Juli 1899—1900. 244 S. gr. 8°.

Bestand 2683 (1381 M. 1302 Fr.), darunter mit Paralyse 328 (254 M. 74 Fr.), Zuwachs 1873 (1143 M. 730 Fr.), darunter mit Paralyse 387

(309 M. 78 Fr.), Abgang geheilt 347 (235 M. 112 Fr.), darunter mit Paralyse 3 M., gegen Revers 195 (98 M. 97 Fr.), darunter mit Paralyse 31 (24 M. 7 Fr.), in andere Anstalten 553 (324 M. 229 Fr.), darunter mit Paralyse 103 (81 M. 22 Fr.), sonstige 205 (94 M. 111 Fr.), darunter mit Paralyse 23 (10 M. 13 Fr.), gestorben 387 (253 M. 134 Fr.), darunter mit Paralyse 130 (102 M. 28 Fr.), blieben 2802 (1474 M. 1328 Fr.), davon beurlaubt 10 (5 M. 5 Fr.), davon mit Paralyse 3 (1 M. 2 Fr.).

Wien, Direktor Dr. *Tilkowsky.* Bestand 834 (459 M. 375 Fr.), Zuwachs 1172 (709 M. 463 Fr.), Abgang geheilt 251 (161 M. 90 Fr.), in andere Anstalten 431 (278 M. 153 Fr.), in häusliche Pflege 34 (6 M. 28 Fr.). gebessert und ungebessert gegen Revers 143 (73 M. 70 Fr.), gestorben 225 (168 M. 57 Fr.), entwichen 4 M., blieben 908 (478 M. 430 Fr.). Normalbelagraum 700. 1898 blieben beurlaubt 4, 1899 wurden beurlaubt 36. Von den Beurlaubten in Abgang geheilt 13, in häuslicher Pflege 7, gegen Revers 5, vom Urlaube eingerückt 9. Mit Paralyse war Bestand 211 (172 M. 39 Fr.), im Zuwachs 279 (226 M. 53 Fr.), im Abgange geheilt 2 M., gegen Revers 27 (21 M. 6 Fr.), in andere Anstalten 80 (64 M. 16 Fr.), sonstige 6 (4 M. 2 Fr.), gestorben 134 (116 M. 18 Fr.), blieben 241 (191 M. 50 Fr.), beurlaubt 3 (1 M. 2 Fr.), blieben 238 (190 M. 48 Fr.). Mit Alkoholismus im Bestande 39, im Zuwachs 214, im Abgang geheilt 121, gegen Revers 5, in andere Anstalten 73, sonstige 3, gestorben 13, blieben 38. Ohne Geistesstörung Bestand 3, Zuwachs 5, in Beobachtung Bestand 3, Zuwachs 12, in andere Anstalten 8, gestorben 1. Krankheitsdauer vor Aufnahme der 235 Geheilten bis 14 Tage bei 100, bis 1 Mon. bei 9, bis 2 Mon. bei 11, bis 6 Mon. bei 13, bis 1 J. bei 7, bis 2 J. bei 2, mehr bei 75, unbekannt bei 18. Bei den Aufgenommenen 166mal Heredität, Syphilis 166mal, Kopftrauma 49mal, andere Traumen 28mal, Alkoholica 282mal. 18 Fälle von Erysipelas. 1218 Pfleglinge hatten 11257 Isolirtage. 22 erhielten Zwangsjacke, 9 Schutzhandschuhe wegen chirurg. Gründen. Durchschnittlich beschäftigt 118 M. 60 Fr. Gerichtliche Kommissionen an 86 Tagen, in denen 695 untersucht und 46 für wieder dispositionsfähig erkannt wurden. Normalstand des Pflegepersonals 151, Abgang 174.

Langenlois, Dir. Arzt Dr. *Bogdan.* Bestand 217 (117 M. 100 Fr.), aufgenommen 62 (36 M. 26 Fr.), entlassen geheilt 16 (14 M. 2 Fr.), in andere Anstalten 2 (1 M. 1 Fr.), sonstige 19 (11 M. 8 Fr.), gestorben 25 (10 M. 15 Fr.), blieben 217 (117 M. 100 Fr.). Darunter Bestand mit Paralyse 5 (2 M. 3 Fr.), Zuwachs 4 (3 M. 1 Fr.), Abgang geheilt 1 M., gestorben 1 M. Mit Alkoholismus Bestand 1 M., Zuwachs 6 M., entlassen geheilt 5 M. Isolirungen vermindert. Bettbehandlung Aufgeregter. 2 Paranoiker mögen das Gitterbett nicht verlassen. Exspectative Behandlung der Epilepsie mit unverkennbar günstigem Erfolge.

Ybbs, Dir. Arzt Dr. *Schlöss.* Bestand 490 (231 M. 259 Fr.), Aufnahme 123 (64 M. 59 Fr.), Abgang geheilt 19 (9 M. 10 Fr.), in andere

Anstalt 4 M., sonstige 71 (26 M. 45 Fr.), gestorben 24 (11 M. 13 Fr.), blieben 495 (245 M. 250 Fr.). Mit Paralyse Bestand 14 (9 M. 5 Fr.), Aufnahmen 7 M., in Siechenanstalten 3 (1 M. 2 Fr.), gestorben 3 (1 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 14 Tage bei 8, bis 2 Mon. bei 2, bis 6 Mon. bei 4, bis 1 J. bei 1, bis 2 J. bei 4. Aufenthaltsdauer derselben bis 1 Mon. bei 2, bis 3 Mon. bei 4, bis 6 Mon. bei 6, bis 9 Mon. bei 4, bis 12 Mon, bei 2, bis 3 J. bei 1. 26 gerichtliche Kommissionen, wobei 69 begutachtet wurden. Isolirung in 41 Fällen bei M. und in 39 bei Fr. Eigene Regie bewährte sich.

Klosterneuburg. Dir. Arzt Dr. *Weiss*. Bestand 539 (317 M. 222 Fr.), Zuwachs 231 (144 M. 87 Fr.), Abgang geheilt 32 (24 M. 8 Fr.), in andere Anstalten 56 (34 M. 22 Fr.), sonstige 56 (30 M. 26 Fr.), gestorben 50 (34 M. 16 Fr.), blieben 576 (339 M. 237 Fr.). Bestand mit Paralyse 67 (59 M. 8 Fr.), Zuwachs 36 (27 M. 9 Fr.). Abgang gegen Revers 4 (3 M. 1 Fr.), in andere Anstalten 9 (8 M. 1 Fr.), gestorben 27 (25 M. 2 Fr.), blieben 63 (50 M. 13 Fr.); ohne Geistesstörung Zuwachs 3 M. Mit Alkoholismus Bestand 7, Zuwachs 37, Abgang genesen 17, in andere Anstalten 11, sonstige 3. Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Geheilten bis 14 Tage bei 17, bis 2 Mon. bei 6, bis 1 J. bei 3, mehr als 2 J. bei 3, unbekannt bei 3; deren Aufenthaltsdauer bis 1 Mon. bei 15, bis 3 Mon. bei 11, bis 9 Mon. bei 2, bis 12 Mon. bei 2, bis 2 J. bei 2. An Tuberkulose starben 14. In 16 gerichtsärztlichen Untersuchungen wurden 183 begutachtet. Nur 2 Isolirungen mit 1/4 Stunde. Für das Pflegepersonal jeden 4. Tag Ausgang und ein Erholungszimmer. Alkoholabstinenz begonnen. Vom Pflegepersonal mit 80 Personen gingen ab 60.

Kierling-Gugging, Dir. Dr. *Krayatsch*. Bestand 603 (257 M. 346 Fr.), Zuwachs 285 (190 M. 95 Fr.), Abgang geheilt 29 (27 M. 2 Fr.), in häuslicher Pflege 34 (16 M. 18 Fr.), gegen Revers 17 (9 M. 8 Fr.), in Armenversorgung 83 (35 M. 48 Fr.), entwichen 3 (2 M. 1 Fr.), in andere Anstalten 52 (32 M. 20 Fr.), gestorben 63 (30 M. 33 Fr.), blieben 606 (295 M. 311 Fr.). Darunter mit Paralyse Bestand 31 (12 M. 19 Fr.), Zuwachs 61 (46 M. 15 Fr.), Abgang in andere Anstalten 10 (8 M. 2 Fr.), gestorben 26 (19 M. 7 Fr.), blieben 39 (25 M. 14 Fr.); mit Alkoholismus Bestand 10 M., Zugang 32, Abgang geheilt 16, gestorben 1, blieben 18. Krankheitsdauer vor Aufnahme der Geheilten bis 14 Tage bei 3, bis 3 Mon. bei 3, bis 6 Mon. bei 3, bis 1 J. bei 1, mehr als 2 J. bei 20; Verpflegungsdauer bis 1 Mon. bei 15, bis 3 Mon. bei 8, bis 6 Mon. bei 3, bis 9 Mon. bei 1, bis 2 J. bei 1, bis 5 J. bei 1. An Tuberkulose starben 20. 50% des Pflegepersonals gingen ab.

Kolonie Haschhof mit 121 ha seit 16. März 1899 mit 36 Personen. Alkoholabstinenz ohne merkliche Schwierigkeiten eingeführt.

Von den Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder waren Anfang 1899 in Kierling-Gugging 177, in Bruch a. d. Mur 89, in Biedermannsdorf 31, in Mödling 69.

In den Landes-Siechenanstalten mit 784 Personen waren 436 Geistessieche, darunter 75 Epileptische. Mit Eröffnung der im Bau begriffenen niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Mauer-Oehling, werden hier Geistessieche übergeführt. Beschluss des Landtages, die Trunksüchtigen vorläufig in die Privat-Trinkerheilanstalt Pranthof bei Mühldorf des Dr. *Hacker*, für 1 fl. 25 Kr. pro Kopf und Tag nebst Bettstelle, Kleidung und Wäsche unterzubringen, bei freiwilligem Eintritt.

Bericht der Irrenanstalt zu Brünn pro 1900. (Dir. Dr. *Hellwig*.)

Bestand 630 (326 M. 304 Fr.), darunter Paralyse 52 (38 M. 14 Fr.), aufgenommen 448 (247 M. 201 Fr.), darunter mit Paralyse 85 (62 M. 23 Fr.), Abgang geheilt 54 (35 M. 19 Fr.), in andere Anstalt 30 (16 M. 14 Fr.), mit Paralyse 6 (5 M. 1 Fr.), sonstige 165 (83 M. 82 Fr.), mit Paralyse 22 (11 M. 11 Fr.), gestorben 135 (81 M. 54 Fr.), mit Paralyse 42 (34 M. 8 Fr.), verblieben 631 (315 M. 316 Fr.), mit Paralyse 51 (36 M. 15 Fr.). Ausgaben 851353 K., pro Kopf und Tag 1 K. 51 Kr. Entwichen 4.

Bericht der Irrenanstalt Niedernhart pro 1900. (Primararzt Dr. *Schnopfhagen*.)

Bettenzahl 650. Ausgaben 336540 K., pro Kopf und Tag 161 h. Bestand 533 (245 M. 288 Fr.), darunter mit Paralyse 42 (26 M. 16 Fr.), aufgenommen 281 (132 M. 149 Fr.), abgegangen geheilt 46 (18 M. 28 Fr.), in andere Anstalten 10 (7 M. 3 Fr.), sonstige 93 (40 M. 53 Fr.), gestorben 78 (41 M. 37 Fr.), darunter mit Paralyse 30 (21 M. 9 Fr.), sonstig 13 (6 M. 7 Fr.), blieben 587 (271 M. 316 Fr.). Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bis 14 Tage bei 9, bis 1 Mon. bei 13, bis 2 Mon. bei 6, bis 6 Mon. bei 11, bis 1 J. bei 3, bis 2 J. bei 1, länger bei 3. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 1 Mon. bei 12, bis 3 Mon. bei 14, bis 6 Mon. bei 14, bis 12 Mon. bei 4, bis 2 J. bei 1, bis 3 J. bei 1. Todesursache bei 20 Tuberkulose, Herzkrankheit bei 6. Ein ausführlicher Bericht und das Gutachten über eine wegen Diebstahl, Brandlegung und Giftmischerei Angeklagte schliesst.

Das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1900. 68 S. gr. 4°.

Für den Bau einer mit der Lipótmezäer Irrenanstalt verbundenen Idiotenanstalt für 50 Kranke ward Fürsorge getroffen, die erste staatliche Anstalt dieser Art. Unverheirathete wurden am meisten von der Krankheit betroffen. Im ganzen Lande Bestand am Ende des Jahres 4590 Kranke. 1 Villa mit freiem Verkehr „Herrenhaus“ errichtet. Im Herbste fand der erste Kongress der ungarischen Irrenärzte statt.

In Lipótmező, Dir *Bolyó*, war Bestand 950 (500 M. 450 Fr.), aufgenommen 701 (420 M. 281 Fr.), entlassen geheilt 134 (78 M. 56 Fr.), gebessert 128 (59 M. 69 Fr.), ungeheilt 98 (64 M. 34 Fr.), nichtirre 2 M., gestorben 197 (150 M. 47 Fr.), blieben 1092 (567 M. 525 Fr.).

In Angyalhöld zu Budapest, Dir. *Oláh*, Bestand 303 (176 M. 127 Fr.), aufgenommen 243 (137 M. 106 Fr.), entlassen geheilt 31 (14 M. 17 Fr.), gebessert 49 (27 M. 22 Fr.), ungeheilt 45 (17 M. 28 Fr.), gestorben 58 (38 M. 20 Fr.), blieben 363 (217 M. 146 Fr.).

In Nagy-Szeben. Bestand 340 (199 M. 141 Fr.), aufgenommen 167 (121 M. 46 Fr.), entlassen geheilt 25 (15 M. 10 Fr.), gebessert 22 (14 M. 8 Fr.), ungebessert 18 (11 M. 7 Fr.), nichtirre 8 M., gestorben 41 (27 M. 14 Fr.), blieben 398 (250 M. 148 Fr.).

Nagy Kálló, Dir. Dr. *Lucás Béla*, Bestand 329 (266 M. 63 Fr.), aufgenommen 88 (72 M. 16 Fr.), entlassen geheilt 23 (18 M. 5 Fr.), gebessert 6 (2 M. 4 Fr.), ungeheilt 35 (18 M. 17 Fr.), gestorben 42 (35 M. 7 Fr.), blieben 311 (265 M. 46 Fr.).

In diesen 4 Staatsanstalten wurden verpflegt mit Paral. progr. 569 (463 M. 106 Fr.), mit Alkoholismus 131 (124 M. 7 Fr.). Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 49, bis 3 Mon. bei 24, bis 6 Mon. bei 33, bis 12 Mon. bei 13, bis 2 J. bei 8, über 2 J. bei 25, unbekannt bei 61.

In den Irrenabtheilungen der Spitäler und in einer Privatirrenanstalt war Bestand 2347 (1246 M. 1101 Fr.), Aufnahme 2017 (1225 M. 792 Fr.), entlassen geheilt 366 (213 M. 153 Fr.), gebessert 545 (322 M. 223 Fr.), ungeheilt 544 (346 M. 198 Fr.), nichtirre 37 (30 M. 7 Fr.), gestorben 546 (350 M. 196 Fr.).

Bericht der Landes-Irrenanstalt in Hall pro 1898/99. (Dir. Dr. *Jos. Offer.*)

Bestand am 1. Januar 1898 311 (181 M. 130 Fr.), aufgenommen 144 (78 M. 66 Fr.), abgegangen 117, davon geheilt 22 (10 M. 12 Fr.), gestorben 26 (15 M. 11 Fr.), von denen 10 M. an Tuberkulose und ebenso 3 Fr. starben. Es blieben Ende 1898 338 (196 M. 142 Fr.). Mit Heredität bei den Aufgenommenen 59, von trunksüchtigen Alten 14. Bestand 1. Januar 1899 338, aufgenommen 176 (93 M. 83 Fr.), darunter 17 (14 M. 3 Fr.) mit Paralyse. Abgang 170, davon geheilt 25 (12 M. 13 Fr.), es starben 31 (16 M. 15 Fr.), an Tuberkulose 10, an Pneumonie 6, an Paralyse 7 (4 M. 3 Fr.). Es blieben 344 (200 M. 144 Fr.). Ueberfüllung. Häufiger Wechsel der Wärter. Ausgaben 98029 fl., pro Tag und Kopf 80 Kr.

Bericht der Landes-Irrenanstalt Valduna in Voralberg pro 1900. (Dir. Dr. *Pfausler.*)

Bestand 141 (73 M. 68 Fr.), darunter mit Paralyse 8 (6 M. 2 Fr.), aufgenommen 66 (38 M. 28 Fr.), darunter mit Paralyse 5 M., entlassen

geheilt 15 (1 M. 14 Fr.), in andere Anstalten 7 (4 M. 3 Fr.), sonstige 36 (13 M. 23 Fr.), gestorben 16 (11 M. 5 Fr.), darunter mit Paralyse 3 M., verblieben 133 (72 M. 61 Fr.), darunter mit Paralyse 9 (7 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer der Geheilten vor der Aufnahme bei 9 bis 14 Tage, bei 3 bis 1 Mon., bei 2 bis 3 Mon., bis 1 J. bei 1. Verpflegungsdauer derselben bei 8 bis 3 Mon., bei 5 bis 6 Mon., bei 1 bis 9 Mon., bei 1 über 5 Jahre. Kosten 82371 Kr. Wohlthuend der öftere Besuch der Genesenen nach Weggang. 2502 prolongirte warme Bäder. Im Allgemeinen Alkohol-Abstinenz. Mehr beschäftigte Frauen als Männer, landesübliche Stickerei trug dazu bei.

Bericht der Salzburger Landesheilanstalt pro 1900. (Dir. Dr. *Schweighofer*.)

Bestand 174 (86 M. 88 Fr.), aufgenommen 127 (65 M. 62 Fr.), darunter 33 % Alkoholiker, verbrecherische Kranke 7, freiwillig 79 %; entlassen geheilt 50 (22 M. 28 Fr.), gebessert oder ungeheilt 40 (25 M. 15 Fr.), gestorben 16 (11 M. 5 Fr.), blieben 195 (93 M. 102 Fr.). Glückliche Erfolge der ländlichen Beschäftigung. Beschäftigt Männer und Frauen ca. 50 %. Alkoholabstinenz anstandslos durchgeführt, dafür Thee mit Citronensaft, im Sommer alkoholfreier Most. Wechsel bei männlichen Pflegern gross. Ausgabe 137416 Kr.

Bericht der Landesanstalt Feldhof bei Graz mit Filialen Lankowitz, Hainbach und Hartberg pro 1901 (Dir. Dr. *Sterz*) und Siechenanstalt Schwanberg (Primararzt Dr. *Buchberger*.)

Bestand 1092 (552 M. 540 Fr.), aufgenommen 494 (253 M. 241 Fr.), abgegangen genesen 79 (35 M. 44 Fr.), in andere Anstalt 26 (14 M. 12 Fr.), sonstiges 173 (89 M. 84 Fr.), gestorben 158 (84 M. 74 Fr.), blieben 1150 (583 M. 567 Fr.), darunter paralytische 74 (52 M. 22 Fr.).

Anfang Januar 1900 waren in Feldhof 823 Kranke, in Lankowitz 132 Fr., in Kainbach 114 M., in Hartberg 12 M. und 11 Fr. In Feldhof starben an Tuberkulose 35, an Pneumonie 9, an Herzkrankheiten 11, an Nephritis 7. Besuche bei Kranken 7534. Gerichtsärztliche Untersuchungen an 13 Tagen an 133 M. und 122 Fr.

In Schwanberg Bettenzahl 194. Bestand 185 (92 M. 93 Fr.), aufgenommen 23 (11 M. 12 Fr.), entlassen in andere Anstalten 3 (2 M. 1 Fr.), sonstiges 3 (1 M. 2 Fr.), gestorben 7 (4 M. 3 Fr.), blieben 195 (96 M. 99 Fr.).

Bericht der Irrenheilanstalt Burghölzli pro 1900. (Dir. Dr. *Bleuler*.)

Bestand 373 (187 M. 186 Fr.), Aufnahmen 203 (123 M. 80 Fr.), Abgang genesen 21 (14 M. 7 Fr.), gebessert 64 (39 M. 25 Fr.), ungebessert 65 (49 M. 16 Fr.), gestorben 21 (15 M. 6 Fr.), anderweitig 4 (2 M. 2 Fr.), blieben 391 (191 M. 200 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 17, bis 3 Mon. bei 1, bis 2 J. bei 1, über 5 J. bei 2; Aufenthaltsdauer derselben bis 1 Mon. bei 11, bis 3 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 2, bis 2 J. bei 4. Unter den Aufnahmen Alkoholismus bei 30, nichtirre bei 4, darunter 1 als Medium bei spiritistischen Sitzungen. Abgewiesen wegen Platzmangel 170, darunter Kantonsbürger 111. Für mehr als ein Drittel der Geisteskranken im Kantone ist noch nicht gesorgt. Vorzugsweise auf die Unheilbaren wirkt die Ueberfüllung schlecht. 42 Gutachten mussten abgegeben werden. 7 Entweichungen. Freien Ausgang hatten 65, im Park 37, in den Höfen 35. Bettgurt bei 2 auf einige Stunden und Deckelbäder weiter beschränkt. Handschuhe bei Einigen nicht zu entbehren. Vom Wartpersonal traten 51 aus.

Jahresbericht der Pflegeanstalt Rheinau pro 1901. (Dir. Dr. *Ris*)

Bestand 1901 728 (325 M. 403 Fr.), Aufnahmen 159 (81 M. 78 Fr.), entlassen geheilt 1 M., gebessert 1 M., ungebessert 6 (1 M. 5 Fr.), gestorben 38 (9 M. 29 Fr.), blieben 837 (385 M. 452 Fr.). 2 Kranke ertranken unbeabsichtigt im benachbarten Rhein. 14 Entweichungen. Freien Ausgang hatten 106 M. und 64 Fr. 8 neue Abtheilungen kamen in Betrieb.

Bericht der Heilanstalt Königsfelden pro 1900. (Dir. Dr. *Weibel*.)

Bestand 625 (266 M. 359 Fr.), Zuwachs 163 (93 M. 70 Fr.), Abgang geheilt 35 (19 M. 16 Fr.), gebessert 49 (27 M. 22 Fr.), unverändert 31 (18 M. 13 Fr.), gestorben 59 (36 M. 23 Fr.), blieben 614 (259 M. 355 Fr.). Aetiologie der Aufgenommenen: Erblichkeit bei 44, Syphilis bei 1, Kopfverletzung bei 4, Sektirerei bei 4. Todesursache bei 12 Tuberkulose, bei 10 Herzleiden, Suicid bei 1, Unglückfälle bei 2. Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme bis 1 Mon. bei 13, bis 3 Mon. bei 4, bis 6 Mon. bei 5, bis 12 Mon. bei 3, bis 2 J. bei 2, über 2 J. bei 6. Deren Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 24, bis 6 Mon. bei 2, bis 12 Mon. bei 5, bis 2 J. bei 2, über 2 J. bei 2. Epileptische Anfälle kamen vor 4109, Verweigerung der Nahrung bei 541, künstliche Ernährung bei 486, Isolirung bei Tage 1974 mal, bei Nacht 3314 mal. Es wurden noch 41 unheilbare Körperkranke verpflegt. Ueberfüllung mit 199 Kr., Abweisung von Aufnahmegesuchen. Bauprojekt zur Abhilfe liegt vor. Ausgabe 446522 Frcs., pro Kopf und Tag 1,42 Frcs.

Bericht der Irrenanstalt Münsterlingen pro 1900. (Dir. Dr. *Frank.*)

Bestand 344 (122 M. 222 Fr.), aufgenommen 140 (78 M. 62 Fr.), darunter mit Alkoholismus 29, ohne Psychose 2, entlassen 140 (75 M. 65 Fr.), gestorben 33 (16 M. 17 Fr.). Geheilt 20, mit Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 3 Mon. bei 16, bis 1 J. bei 1, über 5 J. bei 3. Die besseren Löhne haben besseres Personal herbeigeführt. Ausgaben 272487 Frcs. Vermögensbestand 164781 Frcs. Ueberfüllung der unruhigen Abtheilung.

Bericht der Kantons-Heilanstalt Friedmatt bei Basel. (Dir. Dr. *L. Wille.*)

Bestand 263 (119 M. 144 Fr.), darunter mit Paralyse 14 M., Aufnahmen 237 (125 M. 122 Fr.), darunter mit Paralyse 8 M. 5 Fr., entlassen geheilt 48 (33 M. 15 Fr.), gebessert 82 (37 M. 45 Fr.), ungebessert 60 (26 M. 34 Fr.), gestorben 17 (9 M. 8 Fr.), nichtirre 3 (1 M. 2 Fr.), blieben 442 (152 M. 290 Fr.). Behandlungsdauer der Genesenen bis 1 Mon. bei 32, bis 3 Mon. bei 6, bis 6 Mon. bei 9, bis 12 Mon. bei 1. Grosser Wechsel im Pflegerpersonal. Vertrag mit einem Diakonenhause. Ausgabe 258066 Frcs. Beschreibung einiger interessanter Krankheitsfälle. Bei 7 Kranken die Schlundsonde. 6 Entweichungen. *Fonkhauser*, Ueber das Vorkommen der Tuberkulose.

9. Bericht der kantonalen Irren- und Krankenanstalt Waldhaus pro 1900. (Dir. Dr. *J. Jörger.*)

Bestand 228 (119 M. 109 Fr.), Aufnahmen 118 (53 M. 65 Fr.), Abgang genesen 16 (8 M. 8 Fr.), gebessert 45 (19 M. 26 Fr.), ungebessert 28 (13 M. 15 Fr.), gestorben 22 (15 M. 7 Fr.), anderweitig 1 Fr., blieben 234 (117 M. 117 Fr.). Heredität der ersten Aufnahme bei 68, Ursache bei 4 Syphilis, Intoxikation bei 10, Insolation bei 2. Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Genesenen bis 1 Mon. bei 8, bis 4 Mon. bei 4, bis 2 J. bei 1, bis 4 J. bei 1 und ihre Behandlungsdauer bis 1 Mon. bei 1, bis 3 Mon. bei 4, bis 6 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 4, 8 J. bei 1. Todesursache bei 3 Tuberkulose. Aufnahmen mit Dem. paral. 3 (1 M. 2 Fr.), nichtirre 1 Fr. Die Schlundsonde war 69 mal nöthig. 15 Entweichungen. Ausgaben 175815 Frcs.

43. Bericht der Heilanstalt St. Pirminsberg pro 1900. (Dir. Dr. *Häberlin.*)

Bestand 240 (114 M. 126 Fr.), Aufnahmen 125 (61 M. 64 Fr.), Abgang genesen 25 (15 M. 10 Fr.), gebessert 49 (22 M. 27 Fr.), ungebessert 14 (7 M. 7 Fr.), nichtirre 2 M., gestorben 23 (7 M. 16 Fr.), blieben 252

(122 M. 130 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme: bis 1 Mon. bei 19, bis 3 Mon. bei 1, bis 12 Mon. bei 3, über 1 J. bei 1. Deren Behandlungsdauer bis 1 Mon. bei 5, bis 3 Mon. bei 8, bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 3, über 1 J. bei 5. Bedürfniss nach Werkstättenräumen. Deckelbäder mussten noch gegeben werden. 7 bedurften der Schlundsonde. 4 Entweichungen. Der Margarethenberg beherbergte 10 Kranke.

Bericht der Heilanstalt Rosegg pro 1900. (Dir. Dr. *L. Greppin.*)

Bestand 288 (161 M. 127 Fr.), Aufnahmen 58 (34 M. 24 Fr.), entlassen geheilt 15 (9 M. 6 Fr.), gebessert 13 (10 M. 3 Fr.), ungeheilt 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 30 (14 M. 16 Fr.), blieben 283 (159 M. 124 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme der Geheilten bis 4 Wochen bei 9, bis 3 Mon. bei 3, bis 8 Mon. bei 2, bis 12 Mon. bei 1. Deren Behandlungsdauer bis 4 Wochen bei 4, bis 4 Mon. bei 5, bis 12 Mon. bei 3, bis 2 J. bei 1, bis 3 J. bei 1, bis 5 J. bei 1. Ueberfüllung. Ausgaben 207013 Frcs. 3 Kranke bedurften der Schlundsonde.

8. Bericht des Asyles in Wil pro 1900. (Dir. Dr. *Schiller.*)

Bestand 447 (227 M. 220 Fr.), Aufnahmen 243 (114 M. 129 Fr.), entlassen geheilt 19 (7 M. 12 Fr.), gebessert 27 (12 M. 15 Fr.), ungebessert 31 (21 M. 10 Fr.), gestorben 66 (24 M. 42 Fr.), blieben 547 (277 M. 270 Fr.). Kosten 294188 Frcs., pro Kopf und Tag 1,62 Frcs. Neubau von Ueberwachungs- und Beobachtungsstation für Männer und Frauen. Beschreibung mit 5 Illustrationen. Die Expectantenlisten konnten nunmehr beseitigt werden. Heredität der Aufgenommenen bei M. 83 %, bei Fr. 84 %, Alkohol bei 20 M. und 2 Fr. Bei 5 Kranken Schlundsonde nöthig. 1 Mann stürzte sich durchs Doppelfenster und flüchtete in ein Nachbarhaus ohne erhebliche Wunde. Eine 78jährige Frau fiel aus dem Fenster des Zimmers und starb nach 24 Stunden. Ein Suicid 2 Tage vor der beschlossenen Entlassung. 8 Entweichungen.

52 Rapport de maison de Santé de Prefargier pro 1900. (Dir. Dr. *Godet.*)

Aufgenommen 55 (32 M. 23 Fr.), Abgang geheilt und sehr gebessert 20 (9 M. 11 Fr.), gebessert 18 (11 M. 9 Fr.), ungeheilt 14 (9 M. 5 Fr.), gestorben 9 (6 M. 3 Fr.). Bestand am 1. Januar 117 (62 M. 55 Fr.), Ende Dezember 111 (59 M. 52 Fr.). Kosten pro Kopf und Tag 3,52 Frcs. 2 Suicide. Das Terrain konnte erweitert werden.

47. Report of the Tounton Insane Hospital, ending Sept. 1900. (Super. Dr. *John P. Brown.*)

Bestand 853 (436 M. 417 Fr.), Aufnahme 383 (181 M. 202 Fr.). entlassen geheilt 105 (53 M. 52 Fr.), sehr gebessert 32 (22 M. 10 Fr.), ge-

bessert 36 (19 M. 17 Fr.), nicht gebessert 114 (47 M. 67 Fr.), gestorben 86 (50 M. 36 Fr.), blieben 863 (426 M. 437 Fr.). Krankheitsdauer der Genesenen vor der Aufnahme: unter 1 Mon. bei 34, bis 3 Mon. bei 17, bis 6 Mon. bei 10, bis 12 Mon. bei 11, bis 2 J. bei 5, bis 5 J. bei 2, bis 10 J. bei 2, bis 20 J. bei 2, unbekannt bei 22. Aufenthaltsdauer derselben bis 1 Mon. bei 3, bis 8 Mon. bei 34, bis 6 Mon. bei 39, bis 12 Mon. bei 14, bis 2 J. bei 10, bis 5 J. bei 4, bis 10 J. bei 1. Seit Eröffnung 1854 aufgenommen 12057 (6331 M. 5726 Fr.), geheilt entlassen 2938, sehr gebessert 480, gebessert 2571, ungebessert 2825, nichtirre 104, gestorben 2553, entwichen 153. Resultat Heilung bei der 19. Aufnahme 1. Kosten pro 1900 166,478 D. Auf der Farm waren 20 Kranke. Die Schule für das Wartpersonal gab gute Resultate.

Report of State Hospital for the Insane of Danville, Pennsylvanio from Oct. 1898 — 30. Sept. 1900. (Med. Super. Dr. *H. B. Meredith.*)

Bestand 1046 (522 M. 524 Fr.), Aufnahme 152 (92 M. 60 Fr.), entlassen 140, davon geheilt 48 (23 M. 25 Fr.), gebessert 25 (6 M. 19 Fr.), ungeheilt 13 (12 M. 1 Fr.), nichtirre 1 M., gestorben 53 (32 M. 21 Fr.), blieben 1058 (540 M. 518 Fr.). Von 1890—1900 hinzugetreten 180 (112 M. 68 Fr.), entlassen geheilt 52 (31 M. 21 Fr.), gebessert 55 (29 M. 26 Fr.), ungeheilt 152 (76 M. 76 Fr.), nichtirre 1 M., gestorben 56 (36 M. 20 Fr.), blieben 922 (479 M. 443 Fr.). Seit Beginn der Anstalt aufgenommen 5529 (3158 M. 2371 Fr.), entlassen geheilt 997 (578 M. 419 Fr.), gebessert 882 (478 M. 404 Fr.), ungeheilt 1499 (814 M. 685 Fr.), gestorben 1220 (802 M. 418 Fr.), nichtirre 9 (7 M. 2 Fr.). Ursachen seit Beginn Alkohol 387mal, Apoplexie 36mal, Beraubung 90mal, Epilepsie 264mal, religiöse Aufregung 50mal, Heredität 108mal, Kopfverletzung 90mal, Grippe 61mal, körperliche Ueberanstrengung 58mal, geistige 30mal, Onanie 77mal, Scharlach 16mal, Sonnenstich 56mal, Syphilis 43mal, Typhus 23mal. Behandlungsdauer der Genesenen seit Beginn: unter 1 Mon. bei 9, bis 2 Mon. bei 51, bis 6 Mon. bei 345, bis 9 Mon. bei 205, bis 12 Mon. bei 113, bis 18 Mon. bei 75, bis 2 J. bei 32, bis 3 J. bei 41, über 3 J. bei 27. Krankheitsform der Genesenen bei 644 Manie, Melancholie bei 336, Monomanie bei 7, Dementia bei 10. Krankheitsursache der Genesenen bei 106 Alkohol, bei 19 Beraubung, bei 18 religiöse Erregung, bei 28 Heredität, bei 18 Kopfverletzung, bei 17 Grippe, bei 20 körperliche, bei 14 geistige Ueberanstrengung, bei 60 Puerperium. Ursache des Todes bei 83 Apoplexie, bei 25 Dysenterie, bei 105 Epilepsie, bei 28 Erschöpfung durch Manie, bei 118 durch chron. Wahnsinn, bei 110 Herzleiden, bei 19 chron. Nephritis, bei 150 Dem. paral., bei 190 Phthisis, bei 11 Typhus.

Bericht über den Unterricht des Pflegepersonales von Oktober bis Juni, 2mal die Woche; Gegenstände desselben, Examen. 25 Zeitungen sendeten ihre Blätter. 14 Illustrationen beigefügt.

Report of the Manhattan State Hospitals at New York for 1900. East-Ward's Island. (Sup. *A. E. Macdonald.*)

Bestand 1. Oktober 1899 2035, Zugang 671, Abgang geheilt 98, gebessert 166, ungeheilt 323, gestorben 272, blieben 1847. Bettenzahl 1500. Ursache bei den Aufnahmen 5mal religiöse Aufregung, 7mal Liebesangelegenheiten, 12mal Shock, 101mal Unmässigkeit, 29mal Syphilis, 21mal Masturbation, 14mal Sonnenstich, 7mal Fieber, 43mal Epilepsie, 18mal Schädel- und Gehirnstörungen, 5mal Influenza, 26mal Heredität. Seit 1. Oktober 1888 wurden aufgenommen mit akuter Manie 1219, davon geheilt 258, mit chron. Manie 152, davon geheilt 4, mit akuter Melancholie 3150, davon geheilt 624, mit chron. 539, davon geheilt 6, mit Paranoia 3, mit Paral. gen. 1718, mit primärer Dementia 485, davon geheilt 70, nichtirre 8. Von den Geheilten war seit 1888 Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 335 unter 1 Mon., bei 187 bis 3 Mon., bei 56 bis 6 Mon., bei 31 bis 9 Mon., bei 10 bis 1 J., bei 16 bis 18 Mon., bei 10 bis 2 J., bei 17 bis 3 J., bei 2 bis 4, bei 2 bis 5, bei 2 bis 10 J., bei 1 bis 20 J., ungewiss bei 298; Aufenthaltsdauer bei 32 unter 1 Mon., bei 248 bis 3 Mon., bei 244 bis 6 Mon., bei 162 bis 9 Mon., bei 98 bis 1 J., bei 78 bis 18 Mon., bei 42 bis 2 J., bei 36 bis 3 J., bei 12 bis 4 J., bei 5 bis 5 J., bei 9 bis 10 J., bei 1 bis 20 J. — Todesursache von 1888 an bei 230 Unterleibskrankheiten, bei 700 der Lungen, bei 256 des Herzens, bei 28 der Arteriosklerose, bei 214 des Genitalsystems, bei 143 der Epilepsie, bei 1085 Paralyse, bei 10 Zufälle, bei 22 Suicide, bei 15 Krebs. Bei 1104 Heredität, bei 5419 ohne dieselbe, bei 2620 ungewiss. Die meisten Kranken zwischen dem 40.—50. Jahre. Die meisten Geheilten zwischen dem 20. und 40. Jahre. 1668 Kranke waren aus Deutschland, 1687 aus Irland, 3290 aus den Vereinigten Staaten, davon 660 aus New-York. Schule des Pflegepersonals. 16 Illustrationen schmücken den Bericht.

Butler Hospital, Providence. 58. Bericht für 1901.

In Behandlung waren 240; aufgenommen wurden 38 w. 31 m. = 79; entlassen 36 w. 30 m. = 66, von ihnen 9 als nicht geisteskrank. Freiwillig kamen 26 unter der Firma: Neurasthenie, auf gerichtlichen Antrag 6. Todesfälle 6; Heilungen 24, Besserungen 24. Bezüglich der Ursachen sagt Dr. *Butler*: sie sind so zahlreich wie die Opfer der Krankheit, Indess lenkt er doch die Aufmerksamkeit auf zu vieles — nicht bloss Trinken, sondern — Essen. Gerade dieses, bei älteren Leuten namentlich, disponire zu Arterio-Sklerose. Aus den Angaben über die einzelnen Departements sei hervorgehoben, dass die Training-Schule für Wärterpersonal Anfang des Jahres 54, Ende des Jahres 57 zählte, dass 7 das Examen bestanden:

und dass die Schule mit ihrem Esprit de corps sich als ein sehr werthvoller, sich vorzüglich entwickelnder „psychischer Faktor" erwies. Durch Frau Weld's Schenkung von ca. 1½ Million Mark für ein Haus zum Andenken an ihren Mann gewann das Haus das in Abbildungen vorgeführte prächtige Adnex für unruhige, sowie für invalide Kranke, und durch eine andere Gabe von 5000 £ von Frau Sheppard ein splendides Treibhaus. Seitens des Komités wurden die Verdienste des hervorragenden Psychiaters, dem auch der Ersatz des Namens „Irrenhaus" durch Butler's Hospital zu verdanken ist, aufs wärmste anerkannt. *Hermann Kornfeld.*

Crichton Royal Institution, Dumfries. 62. Jahresbericht für 1901.

Es wurden im Berichtsjahre behandelt 931, durchschnittlich täglich 359 m. 379 w. = 738; neu aufgenommen 208, entlassen 133; es starben 55. Hierunter waren 127 Privatpatienten, deren Aufnahme gegen das Vorjahr gesteigert war, während die von Paupers in den letzten 20 Jahren ziemlich gleich blieb. Bei letzteren ist jedoch der Charakter der Störung ein anderer geworden, weil die untersten Klassen in den Städten noch von den Lohnerhöhungen nichts haben und in Folge von Alkohol zusammenbrechen. Freiwillig kamen 22 in die Anstalt, meist Alkoholiker oder Morphinisten, die von schlechtem Einfluss auf die Mitkranken und selbst Wärter und wenig erfolgreich zu behandeln.

Bauliche Veränderungen betreffen die Errichtung zweier Siechenhäuser; die geplante eines separaten Hospitals für die Tuberkulösen. In den 6 Annexen befinden sich 70—80 Privatpatienten. Cricket, Tanzen, Ping-Pong-Tourniere, Whistpartien, Konzert, Theater und ähnliche Amusements, hauptsächlich aber Farm-Arbeit sind vorgesehen. Im pathologischen Laboratorium werden die Toxine bei Nervenkrankheiten z. Z. aufgesucht. Statistische Tafeln, die sich über die Zeit von 1871—1901 erstrecken, denen aber diesmal wohl aus begreiflichen Gründen solche über die Ursachen der Störung fehlen, vervollständigen den Bericht Dr. *James Rutherford*'s, unter dessen Leitung die Anstalt, wie die Bezeichnung in den angehängten Revisionsberichten lautet, eine „excellente" zu sein, sich rühmen darf.

Hermann Kornfeld.

41. Report of Matteawan State Hospital. Year 1900. 77 S. (Med. Sup. Dr. *H. E. Allison.*)

Bestand 1. Oktober 1899 719 (666 M. 53 Fr.), aufgenommen 168 (152 M. 16 Fr.), entlassen geheilt 13 (12 M. 1 Fr.), gebessert 22 (19 M. 3 Fr.), ungeheilt 60 (55 M. 5 Fr.), ohne Psychose 3 Fr., gestorben 37 (34 M. 3 Fr.), blieben 30. September 1900 752 (698 M. 54 Fr.), Capacität der Anstalt 550 (470 M. 80 Fr.).

Seit Eröffnung der Anstalt 2. Februar 1859 aufgenommen 2453 (2317 M. 136 Fr.), entlassen geheilt 593 (570 M. 23 Fr.), gebessert 281

(261 M. 20 Fr.), ungeheilt 398 (378 M. 20 Fr.), nichtirre 94 (90 M. 4 Fr.), unverzeichnet 8 (7 M. 1 Fr.), gestorben 327 (313 M. 14 Fr.). Ursachen seit 30. September 1875: 42 mal Kopfverletzung, 225 mal Gefängniss, 47 mal Epilepsie, 120 mal Heredität, 153 mal Masturbation, 10 mal Opiumgenuss, 22 mal Lungenphthise, 19 mal Syphilis. Todesursache: 130 mal Tuberkulose, 17 mal Herzleiden, Paral. gen. 52 mal, Suicid 14 mal. Kosten pro Kopf und Jahr 1900 183 D. 30 Zeitungen senden gratis Exemplare an die Anstalt. 30 % des Personals dienen schon mehr als 5 Jahr in der Anstalt. 8 Illustrationen sind beigefügt.

27. Bericht des Brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke zu Eberswalde pro 1900/1.

311 Mitglieder, 2815 Mk. an 70 Personen ausgezahlt. 31 925 Mk. Kapitalvermögen. Dr. *Ribeth*, Ueber Besuche bei den Kranken. Dr. *M. Schmitz*, Der Briefwechsel über unsere Kranken und mit unseren Kranken. — Zur Nachricht für die Familien von in der Landesirrenanstalt zu Eberswalde befindlichen Kranken. Reglement der Anstalt. Verzeichniss der Kleidungsstücke bei der Aufnahme. Fragebogen. Aufnahmebezirke in der Provinz. Statut des Hilfsvereins. Mitglieder des Vereins.

17. Bericht des Hilfsvereins im Regierungsbezirk Düsseldorf pro 1900.

In dieser Form wohl der letzte, da sich inzwischen ein Hilfsverein für die ganze Provinz gebildet hat. Mitglieder 1412, an Unterstützung gegeben 4397 M. an 168 Personen. Ueberblick der Gaben in den 17 Jahren. Liste der Geber. Bestand der Kasse 45 867 Mk. Aufruf zum Beitritt zum Hilfsverein in der Rheinprovinz, Satzung desselben. Verordnungen für die Aufnahme der Kranken.

Pelman, Ueber Hilfsvereine für Geisteskranke. Irrenfreund 41. Jahrg. No. 1.

Weist die Nothwendigkeit nach, berichtet über Gründung des Vereins in der Rheinprovinz und theilt deren Statuten mit.

Bericht des Hilfsvereins für Geisteskranke im Königreich Sachsen. (Vorsitzender Geh.-R. Dr. *Weber*.)

Mittheilung des Vortrages des Dir. Dr. *Krell* bei Besichtigung der neuen Anstalt in Grossschweidnitz durch Landtagsmitglieder, über Bau, Einrichtung und Ziele derselben. Dann Mittheilung des Ref. über das Statut des Vereins und wie dasselbe zur Durchführumg gelangen soll. Dem Vereine gehören an 2100 Mitglieder, Einnahmen 7100 Mk., verausgabt an Unterstützungen 1800—2000 Mk. Liste der Geber.

Hilfsverein im Herzogthum Sachsen-Meiningen pro 1900/1.

Zur Vereinsentwicklung. Anleitung für die Vertrauenpersonen. Revidirte Satzungen vom 12. Mai 1900. Mitgliederverzeichniss. 294 haben einen einmaligen Betrag von 383 Mk., 358 einen jährlichen Betrag von 538 Mk. gegeben.

Bericht des Hilfsvereins in Hessen pro 1900/1.

52200 Mitglieder, 719 aktive Vertrauensmänner. Von den 1133 Ortschaften sind 892, 78,7 %, dem Verein beigetreten. Es soll aber nicht bloss die Fürsorge für entlassene Pfleglinge im Auge haben, sondern auch „die fortschreitende Ausgestaltung des hessischen Irrenwesens zum Bewusstsein und thatkräftiger Gewohnheit aller Schichten des Volkes bringen". In der Generalversammlung am 15. Oktober 1900 wurde der Schutz des Eigenthums wenig bemittelter, armenrechtlich nicht hilfsbedürftiger Pfleglinge befürwortet, ebenso, dass die Direktoren berechtigt sein sollen, auf ihre Verantwortung in Nothfällen Kranke aufzunehmen. Ebenso wurde einstimmig beschlossen, „in die Fürsorge fär die geistesgesunden Epileptischen und die nicht eigentlich geisteskranken Nervösen aus wenigbemittelten Volksklassen" einzutreten. Dadurch entsteht die Pflicht, dem Entstehen der Geisteskrankheit vorzubeugen. Eine neue und erweiterte Auflage der „Anleitung zur Geschäftsführung der Vertrauensmänner" wurde festgestellt. Noch immer jedoch war die Generalversammlung zu wenig (160 Personen) besucht. Geld zu sammeln ist nicht allein Zweck der Vertrauensleute, sondern auch der, die Vorurtheile des Publikums zu zerstreuen. Dazu gehört der öftere Besuch derselben in den Anstalten, etwa ein gemeinsamer Besuch von 10 Vertrauensmännern. Liste derselben mit ihren Gaben. Einnahmen 27601 Mk., Ausgaben 26055 Mk.

4. Bericht des Hilfsvereins für rekonvalescente Geisteskranke in Württemberg.

Erläuterung zu den Statuten. Statuten. Verzeichniss der Vertrauensmänner, der Mitglieder. 5426 Mk. an 67 Personen vertheilt. Zahl der Vereinsmitglieder 1387.

27. Bericht des Hilfsvereins im Kanton Luzern pro 1900.

Statuten. Jahresversammlung am 21. Juli 1901. 3990 Mitglieder. 8107 Frcs. Einnahme. Vermögensbestand 122993 Frcs. Unterstützt 130 mit 11813 Frcs. Der Vorstand besteht aus 11 Mitgliedern. Es folgt ein Vortrag vom Direktor in St. Urban über periodisch auftretende Geistesstörungen. Verzeichniss der Mitglieder.

Hilfsverein in Zürich pro 1900.

Revidirtes Statut von 1897. Vermögensvermehrung von 12000 Frcs., darunter ein Geschenk von 10000 Frcs. Ausgabe 7098 Frcs. an 155 Per-



sonen. Beispiele. Kampf gegen den Alkoholismus. Vermögen 69846 Frcs. Vortrag von Dir. Dr. *Lissbach* in St. Urban: Ueber Grenzgebiete geistiger Krankheiten. Liste der Geber.

Frederick Peterson, Twenthieth centyry methods of Provision for the Insane. Amer. Journal of Insanity 1902, Vol. LVIII, No. 3.

Verf. giebt einen kurzen Ueberblick über die Geschichte der Irrenfürsorge, um dann genauer auf die besonders in Deutschland bestehende koloniale Irrenpflege einzugehen. Er wünscht eine Trennung der acuten frischen von den chronischen Fällen, wenn er sich auch die Schwierigkeiten einer strickten Trennung klar macht, er verlangt für die ersteren kleinere Anstalten in den Städten, für die chronisch Kranken Kolonien auf dem Lande, in die auch die chronischen Kranken aus den Städten überführt werden sollen. Für die Kolonie wünscht er, abgesehen von dem Verwaltungsgebäude, zunächst ein kleines Gebäude für eventuell aufzunehmende frische Fälle, weiter eine Lazarethabtheilung für körperlich Kranke und Sieche. Um diesen Kern sollen sich dann, dem Bedürfniss entsprechend, Häuser für 20 bis 30 ruhige, arbeitende Kranke gruppiren, in die er zur Beaufsichtigung ein verheirathetes Wärterpaar setzen will, von denen die Frau die häuslichen Angelegenheiten besorgen, der Mann die Aufsicht über die Kranken und ihre Beschäftigung führen soll. Die Fürsorge seitens der Aerzte hält er für gering. Für tuberkulöse Kranke will er einen eigenen Pavillon haben, für die Sommermonate zieht er Zelte vor. Verf. geht dann ausführlicher auf die Vortheile dieser kolonialen Irrenpflege im Vergleich zu dem geschlossenen System ein.

In der Diskussion macht *Macdonald* auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die eine Trennung in akute heilbare und chronisch unheilbare Kranke einmal in ökonomischer Beziehung machen würde, weiter befürchtet er einen recht ungünstigen Einfluss auf das psychische Verhalten der Kranken bei einer Versetzung in Anstalten, denen von vornherein das Odium des Unheilbaren anhaftet. Er hält gemischte Anstalten für frische, heilbare und chronische Fälle für das Beste. *Behr.*

Stewart Paton, Recent advances in Psychiatry and their relation to internal medicine. American Journal of Insanity 1902, Vol. LVIII, Bd. 3.

Der Vortrag eignet sich nicht zum Referat. Der Vortragende deckt rücksichtslos die vielfachen Mängel auf, die der Psychiatrie in den Vereinigten Staaten anhaften, besonders führt er Klage über das mangelhafte ärztliche Personal und führt zum Vergleich die günstigen Verhältnisse in Deutschland an. Zuletzt geht er mit einigen Worten auf einzelne aus Deutschland stammende Errungenschaften der letzten Zeit ein. *Behr.*

Inhalt.

Seite

Seite

Seite
